استراتيجيات التدخل العلاجي

تمهيـــد :

تفيد نتائج الدراسات والبحوث أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعد بصفة عامة ظاهرة معقدة ومحيرة وتنطوي على تحديات كثيرة، ولكنها في الوقت نفسه ظاهرة طيعة كلينيكيا يسهل علاجها بدرجة كبيرة من الفاعلية .

وفي هذا يبرز (جيرالد كابلان) (1) ، رائد التنظير والبحث في سيكولوچيا الصدمات والأزمات، أن معالجة آثار الصدمات أو حل أزمات الحياة ينطوي على وقاية للفرد والمجتمع من احتمالات استمرار الإهدار النفسي ومن احتمالات حدوث إصابات نفسية بعيدة المدى قد تمتد لأجيال أخرى في الأسرة والمجتمع. ويعتبر (كابلان) هذه المعالجة ركنا أساسيا من أركان (نظرية الأزمة) .

ولهذا فإن المواجهة الفعالة لآثار الصدمة والضغوط التالية للصدمة تقوم هكذا على توجهات استراتيچية وطنية قوامها :

* أن تمتد دراسة آثار الصدمة من التشخيص Diagnosis وما تتضمنه في الأساس من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، لتشمل أيضا (تشخيص المآل) . Prognosis. أي أن تكون هناك تقديرات للواقع من تلك الآثار وللمتوقع من مدى استمرارها في المستقبل.

* وبذلك لا تتركز الجهود في (وصف) (Description) تلك الآثار فحسب، وإنما بالأحرى أيضا في وصف خطط وأساليب المعالجة والمواجهة (Prescription) لتلك الآثار. ويتفق ذلك مع تلك التوجهات المعاصرة في الصحة النفسية والعمل الكلينيكي فيما هو معروف بـ (المنحى التشخيصي - التنبئي/العلاجي) (Diagnostic - Prescriptive Approach.

* وتلك انتقالة من التعرف والتشخيص (للوضع الراهن)Status Quo لحجم الصدمة ومدى تأثيرها ومظاهرها المختلفة، إلى (التدخل) (Intervention) في هذا الوضع باستراتيچيات وأساليب متعددة تركز على الوقاية والعلاج، وعلى التغيير والتعديل والتحسين - وهذه كلها مفاهيم تعكس استثمار أساليب مدارس علم النفس العلاجي وفنياته في الإرشاد والعلاج . وفي هذا تبرز أهمية وفاعلية استراتيچيات التدخل الوقائي والعلاجي لحماية الفرد والمجتمع من التأثيرات بعيدة المدى للضغوط التالية للصدمة.

وهنا يحدد الثقاة من المنظرين والباحثين في ميدان (التدخل في الأزمات) عددا من الخصائص أو الشروط اللازم توافرها في (المواجهة الفعالة) Effective coping للأزمات (1) :

1 - استكشــاف الواقـع ومشكلاتــه والبحث عن المعلومات الكافية .
2 - التعبير بحرية عن كل من المشاعر الموجبة والسالبة، مع تحمل الإحباط.
3 - طلب العون من الآخرين .
4 - تجزئة المشكلات إلى وحدات يمكن معها تناولها ومعالجتها في وقت معين.
5 - معالجة التعب والميل إلى الاضطراب خلال عمليات بذل الجهود والضبط والتحكم في المشاعر.
6 - التحكم في المشاعر قدر الإمكان (وتقبلها عند الضرورة)، مع إبداء المرونة والرغبة في التغير.
7 - الثقة في النفس وفي الآخرين، مع التفاؤل في نتائج ما يبذل من جهود لمواجهة الأزمة.

ويؤكد بعض الباحثين(2) أن علاج الأزمات يتضمن عددا من المقومات، هي : الاحتفاظ بحالة من التوازن، والتمكن المعرفي من الموقف، وتطور استراتيچيات جديدة للمواجهة كالتغير في السلوك والاستخدام الملائم للمصادر الخارجية. ومن ثم فإن الحل الإيجابي للأزمات هو (العمل من خلال أحداث الصدمة وآثارها كي تندمج في نسيج الحياة، تاركة الشخص أو الأشخاص في حالة من الانفتاح على المستقبل بدلا من الانغلاق عنه) .

ولكن هذا لن يتأتي إلا من خلال العلاج الملائم للشخص ولنمط الصدمة. ولا يفترض في ذلك أن الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة متماثلون، وأن أي أسلوب علاجي يمكن أن يفيد مع كل الحالات؛ فالأفراد الذين يخبرون أحداثا صدمية تتعلق بالكوارث الطبيعية أو التكنولوچية أو حوادث السيارات، يختلفون بشكل جذري عن الأشخاص ضحايا جرائم العنف أو الاغتصاب، أو ضحايا الحرب أو التعذيب أو حالات الأسرى أو سجناء الحرب. ومع ذلك ، ثمة أساسيات مشتركة تكمن وراء علاج أية حالة من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، تتحدد فيما يلي (3) :

* العمل على زيادة الإحساس بقدرتهم على التحكم في حياتهم، بدءاً من أجسادهم وعقولهم وانفعالاتهم. ويمكن أن يتحقق هذا الهدف عن طريق تبصيرهم بأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة والأسباب أو العوامل التفسيرية لهذه الأعراض، وعن طريق مساعدتهم على تعلم مهارات مواجهة الضغوط . كذلك تحتاج بعض الحالات إلى أن تُعْنى بمشكلاتها الطبية وأن تتعلم مبادئ رعاية الذات، مثل عادات النوم والعادات الغذائية السليمة.

* العمل على زيادة إحساسهم بالأمان في منزلهم وعملهم وبيئتهم عن طريق مساعدتهم على التبصر بمجالات الخطر واحتمالاته، وتمكينهم من اتخاذ خطوات فعالة نحو حماية الذات.

* مساعدتهم على تعرف الصدمة وتحديدها، وتعرف الخبرات الصدمية الثانوية والأعراض البارزة التي

نتجت عن الصدمة، وكذلك مساعدتهم على إعادة بناء وتقييم هذه الخبرات بطرق تقلل من النزعة إلى لوم الذات.

* مساعدتهم على إدراك كيف أن حياتهم الحالية ومساعيهم وجهودهم فيها تأثرت بالصدمة وعواقبها.
* تقديم السند والمؤازرة لهم من خلال المواجهة الضرورية لخبرة الحزن واجتياز عملية الحزن.
* تقديم السند والمؤازرة لهم في محاولاتهم وجهودهم من أجل تكوين أهداف ذات معنى وروابط مع الأشخاص الآخرين.

وفي ضوء ذلك ، يحدد أيضا بعض الباحثين عدة مبادىء أساسية للعلاج التالي للصدمة Posttraumatic therapy ، فيما يلي(1) :

يتمثل المبدأ الأول في التطبيع أو السوائية Normalization principle ، أي تطبيع الحالة والتعامل معها على أنها حالة طبيعية وسوية. وهنا يتأكد ما يقرره (فيكتور فرانكل) من أن (رد الفعل غير الطبيعي إزاء موقف غير طبيعي، هو رد فعل طبيعي) . فثمة نمط عام من التوافق التالي للصدمة، تشكل فيه الأفكار والمشاعر استجابات عادية، على الرغم من أنها قد تكون مؤلمة ومربكة وباعثة على الاضطراب أو اختلال التوازن، كما أنها قد تكون غير مفهومة جيدا للأفراد والاختصاصيين المهنيين الذين ليسوا على دراية وألفة بمثل هذه الاستجابات المتوقعة. ويتطلب هذا المبدأ أسلوبا من التعامل مع ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة يقوم على تغيير صورة الفرد عن ذاته التي تأثرت بفعل الصدمة، وعلى فهمه للأعراض وما وراءها من أسباب، ومسار إعادة التوازن ومداه الزمني، وغير ذلك من آليات إعادة التقييم المعرفي للخبرة الصدمية، وما تنطوي عليه من احتواء الفرد ليكون مشاركا فعالا في عملية الاستشفاء واستعادة التوازن.

ومن المبادىء الأساسية التي يرتكز عليها العلاج التالي للصدمة، مبدأ المشاركة والتقوية Collaborative & empowering principle ؛ ذلك أن عملية الاستشفاء الانفعالي غالبا ما تتضمن استجابات مؤلمة أو كدرة تشمل استعادة الخبرة الصدمية، والإحجام، والحساسية، ولوم الذات. وتلك أعراض يسهل وصفها، وتفسيرها، ودمجها في سياق عملية التكيف واستعادة التوازن. ويتطلب ذلك أن تتأسس العلاقة العلاجية على المشاركة الفعالة، وأن تؤول إلى تقوية ذلك الفرد المصدوم الذي تضاءل عنده الإحساس بالكرامة والأمن. ويبدو هذا المبدأ مهما خاصة في العمل مع ضحايا جرائم العنف والتعذيب، ذلك أن التعرض للقسوة الإنسانية، والشعور بانتهاك إنسانية الفرد، والإحساس بالعجز، من شأنه أن يخلق إحساسا متدنيا بالذات. وهذا التدني يعتبر أمرا طبيعيا أو عاديا قياسا إلى حجم ما تعرضوا له من خبرات قاسية كضحايا للعنف أو التعذيب. ويلاحظ أن الأشخاص الناجين من الكوارث الطبيعية يخبرون أيضا إحساسا بالعجز، على الرغم من أنهم لم يتعرضوا للقسوة أو العنف أو الإذلال. لذا يفيدون كثيرا من الفريق العلاجي الذي يخبرونه في إطار من روح المشاركة والتأييد.

أما المبدأ الثالث ، فهو مبدأ الفردية Individuality، فلكل فرد أسلوبه الخاص ومساره الفريد في عملية الاستشفاء أو الاستعادة بعد الضغوط الصدمية التي خبرها. وعلى الرغم مما تقرره النظريات والبحوث النفسية الفيزيولوچية من وجود ردود فعل فيزيولوچية ونفسية مشتركة بين الحالات التي تخبر ضغوطا زائدة ، فإنها تؤكد كذلك ما تتصف به الاستجابة الإنسانية للضغوط من تعقيد، و أن نمط هذه الاستجابة يعد لذلك نمطا فريدا مثل بصمة الإصبع. وبناء على ذلك يفترض هذا المبدأ أن الأسلوب الفريد للتوافق التالي للصدمة أو المسار الفريد المميز له يكون نمطا متوقعا من الفرد، كما يكون موضع اعتبار وتقدير، لا أن يكون موضوعا للخوف أو الاستخفاف. لذا فإن المعالج والفرد (الحالة) سوف يمضيان معا عبر هذا المسار، ويكونان على وعي بوجهته العامة، وبمزالقه أو أخطاره، ولكنهما يكونان أيضا على استعداد لاكتشاف حقائق جديدة عند كل منعطف في هذا المسار.

تلك مبادىء ثلاثة أساسية تتبدى بطرق مختلفة في استراتيجيات العلاج التالي للصدمة، وتتكامل مع توجهات أو قضايا أخرى مهمة؛ منها على سبيل المثال، أن التوجه العلاجي القائم على مهارات المواجهة Coping skills أكثر من التركيز على إمكانات الشخصية وحدودها ، يسمح للعلاج بأن يتقدم دونما تركيز غير ضروري على الخصائص السالبة للشخصية وما في ذلك من تضمينات غير مجدية علاجيا يبدو منها كما لو كان الشخص يستحق لذلك أن يكون ضحية لما تعرض له. فالعلاج التالي للصدمة يبدأ من الفرضية التي تقرر بأن فردا عاديا يواجه حدثا غير عادي، وأنه - لمعالجة العواقب المؤلمة الناتجة عن هذا الحدث - ينبغي حشد آليات المواجهة لدى الفرد. وهنا يلاحظ أن هذا التوجه العلاجي يختلف اختلافا جذريا عن الفرض الذي يذهب إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتاج تصدع في الشخصية ودفاعات عصابية ينبغي تعرفها وعلاجها وفقا للأساليب التقليدية في العلاج (1) .

ومن القضايا البارزة الأخرى، الأخذ بمنحى العلمية البينية Interdisciplinary الذي يقر بإسهامات علم النفس وعلم الحياة (البيولوچيا) والديناميات الاجتماعية، وهو منحى يستثير كلا من الاختصاصي الكلينيكي والفرد كي يستبصرا ما وراء أي تفسير أحادي للضغوط التالية للصدمة، وكي يبحثا عن علاجات في ميادين مختلفة كثيرة - نفسية واجتماعية وطبية وتعلمية وقانونية، ويقفا على المصادر الممكنة في المجتمع التي تيسر من العلاج، بقدر ما يعتبر العلاج التالي للصدمة توجها يعتمد على العملية البينية في نواح كثيرة منه (2).

واعتبارا لكل ما يتوفر من استراتيجيات علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ومن تعدد الأساليب والفنيات الإرشادية والعلاجية، يبقى الأساس الذي ترتكز عليه كل أساليب التدخل المختلفة، وهو إلى أي حد تتوفر في الفرد القابلية أو الاستعداد للتغير والتحسن ؟ أو بعبارة أكثر دقة، إلى أي حد تكمن في الإنسان القابلية لاستعادة توازنه؟ وذلك ما نجيب عنه فيما يلي :

فرض القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية 3) Resilience hypothesis) : يعزى فرض القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية إلى (فردريك فلاش)(4) الذي طوره من ملاحظاته على الاكتئاب إلى مفهوم تفسيري أو بناء نظري يمكن تطبيقه على الاستجابة الإنسانية للضغوط. ويقترب هذا التفسير مما قدمه (كلودد برنارد) (5681) من تصور للبدن على أنه وسط داخلي Internal milieu تجري فيه أحداث كثيرة، و(والتر كانون) (9391) عن مفهوم التوازن Homeostasis ، و(هانز سيليي) (6791) عن (زملة التكيف العام) General Adaptation Syndrome (GAS) و(طاقة التكيف) Adaptation energy، و(كارل مييننجر) (3691) عن (التوازن الحيوي) Vital Balance·

أما (فلاش) (7791 ، 8891، . 991) ، فيركز على القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية باعتبارها مقدرة الفرد على المزج الفعال للعناصر النفسية والحيوية والبيئية بما يسمح له - ولأسرته ، بل وفي الواقع، لكل المنظمات التي أوجدها الإنسان - بأن يتجاوز أحداثا من الاضطراب والفوضى ترتبط بالضرورة بفترات حاسمة من الضغوط ومن التغير بنجاح· وتتكون القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية من قوى أو مكونات مختلفة - نفسية وحيوية وبيئية .

وتشمل القابلية النفسية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية Psychological Resilience المكونات التالية :

* البصيرة بالذات والآخرين
* إحساس مرن لتقدير الذات
* القدرة على التعلم من الخبرة
* القدرة على تحمل الضغط والشدة
* الشجاعة
* تفتح الذهن
* النظام الشخصي
* التكامل
* الإحساس بالمرح
* الإبداع
* فلسفة بناءة عن الحياة تعطي للحياة معنى
* النزعة إلى أن نحلم أحلاما تكون مبعث إلهام فينا وأمل لنا .

تبدو هذه القابلية النفسية واضحة لدى حالات كثيرة من الأشخاص الذين تعرضوا لخبرات صدمية عنيفة مثل التعذيب والأسر والاعتقال، ومع ذلك فقد استطاعوا التكيف مع تلك الظروف القاسية وتجاوز هذه الخبرات الصدمية واستعادة فاعلياتهم. ويمكن أن نجد أمثلة واضحة لهذه المقدرة الإنسانية فيما أورده (فيكتور فرانكل) عن خبراته في معسكرات الاعتقال النازي والتي يضمنها في كتابه (الإنسان والبحث عن المعنى)·

وتتمثل القابلية الحيوية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية Biologic Resilience في الآليات الفيزيولوجية والعصبية لاستعادة التوازن داخل الجسم، وهو ما يبدو واضحا في تأثير المواد الطبية الفارماكولوجية في علاج أمراض مثل الاكتئاب، حيث يمكن اعتبار مواد مثل مضادات الاكتئاب على أنها عناصر تساعد البدن على استعادة توازنه من خلال تنشيط تلك القابلية الحيوية ·

أما البيئة المواتية لإزكاء القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية Resilience - enhancing environment ، فتشمل التكافل الاجتماعي ومصادر الدعم من الآخرين المعنيين وشبكة المساندة الاجتماعية والروح المعنوية في الجماعة·

ويمكن هكذا اعتبار (القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية) على أنها تمثل ركيزة الإنسان في التعامل مع ضغوط الحياة، وركنا أساسيا من المصادر الشخصية التي يتمتع بها الفرد والتي يمكن بالتالي استثمارها وتوظيفها في العملية العلاجية·

من ناحية أخرى ، لا تعني تلك القابلية أن الفرد الذي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة سوف يبرأ مع مرور الوقت وأن مشكلاته سوف تحل بالتقادم· فالافتراض بأن الزمن علاج، أو بأنه مع الوقت يتم الشفاء ("Time will heal")، افتراض مضلل ويحول دون تقديم المساعدة المناسبة والتدخل المناسب في الوقت المناسب، بل قد يؤدي غالبا إلى تفاقم المشكلات وتزايد المضاعفات (1) ·

ومن هنا ، كان التدخل العلاجي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ضرورة اجتماعية وإنسانية، وتوجها علميا وفنيا ومهنيا لتوفير أنسب الاستراتيجيات وأكثرها فاعلية في معالجة هذا الاضطراب واستعادة الفاعلية لدى الأفراد ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولعلنا لا نجانب الصواب إذا قررنا أن نظريات ومدارس العلاج التالي للصدمة تعكس بشكل وظيفي ذلك التعدد والتشابك خاصة في ميدان العلاج النفسي·

ونتناول في هذا القسم استراتيجيات العلاج النفسي الدينامي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي - السلوكي، والعلاج الطبي، والعلاج الاجتماعي، كما سنعرض بإيجاز لأبرز فنيات التدخل العلاجي ذات الفاعلية في علاج الأزمات والعلاج التالي للصدمة ·

(أولا) الاستراتيجيــات السيكوديناميــة

على الرغم من أن بعض العلماء والباحثين في ميدان علم الصدمات يبدون اتجاها معارضا لجدوى استخدام العلاجات ذات التوجه النفسي الدينامي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) ، فإن إسهامات التحليل النفسي تاريخيا في علاج العصاب الصدمي تبدو واضحة ولا يمكن إغفالها. ويتبدى المنحى الدينامي في جانبين : أحدهما يركز أساسا على المفاهيم والمبادىء الكلينيكية المنظمة للعمل الكلينيكي وفقا لنظرية التحليل النفسي، والآخر تطوير لهذه النظرية وتطبيقها ارتباطا بنماذج نظرية أخرى كي تتلاءم مع نوعية هذه الفئة من الاضطرابات .

لقد قدم عدد من علماء التحليل النفسي عدة مفاهيم كلينيكية تفيد في تنظيم العمل مع الحالات التي خبرت أحداثا صدمية، ومنها المفاهيم التي قدمها (فرويد) (2) عن الصدمة النفسية Psychic trauma ، وحاجز المنبه Stimulus barrier ، وإجبار التكرار Repetition Compulsion، وكذلك ما قدمه (ليفتون) (3) عن انطباع الموت Death imprint والشعور بالذنب لدى الأشخاص الناجين من أحداث صدمية Survivor guilt، و(هيلجارد ونيومان) (4) عن ردود فعل الذكرى السنوية للأحداث الصدمية Anniversary reactions، و(هورويتز) (5) عن دورة الإقحام - الإنكار Intrusion - denial cycle والضغط الزائد المتجمد Frozen overcontrol، وما صاغه (لندي) (6) عن غشاء الصدمة Trauma membrane .

وعلى الرغم من القيمة النظرية التفسيرية لهذه المفاهيم، فإن قلة منها كانت موضع تطبيق للاستخدام الكلينيكي في علاج حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويتمثل ذلك فيما قدمه كل من (هورويتز) و (لندي) من نماذج للعلاج النفسي القائم على المنحى النفسي الدينامي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك نعرضه فيما يلي :

نموذج (هورويتز) :

يقدم هورويتز نموذجا نظريا في تفسير زملات الاستجابة للضغوط ، يعتمد في الأساس على تطور الخبرة الصدمية في مراحل متتابعة في مراحل سابقة ومتكاملة (سبق أن عرضنا له في القسم الخاص بنظريات اضطراب الضغوط التالية للصدمة). وفي إطار هذا النموذج ، يتبنى (هورويتز) منحى ديناميا في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يصفه بأشكال مختلفة، منها : (العلاج ذو التوجه المرحلي)- Phase oriented treatment ، أو (العلاج النفسي الدينامي المركز) Focal psychodynamic treatment ، أو (العلاج الدينامي المختصر) Brief dynamic therapy ، أو (العلاج النفسي الدينامي الموجه لعلاج الأزمة) Crisis - oriented psychodynamic therapy. ولكن ما يميز منحى (هورويتز) في العلاج عن المناحي التقليدية في التحليل النفسي هو الاتجاه النفعي أو العملي (البراجماتي) والائتلاف مع نظرية معالجة المعلومات ومع المناحي المعرفية للانفعالات. ومن ناحية أخرى ، يتميز نموذج (هورويتز) ، خلافا لمعظم المناحي الأخرى في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بأنه لا يركز تحديدا على المحاربين القدامى وبخاصة في حرب فييتنام، وإنما يركز أساسا على ضحايا جرائم العنف ، مثل التعذيب والاغتصاب والاعتداء، وضحايا حوادث السيارات، وضحايا الفقدان الصدمي، والأسري . لذا يتميز هذا النموذج بالقابلية للتطبيق على مدى واسع من أنماط الأحداث الصدمية (1) .

يركز (هورويتز) ، تأسيسا على نظريات التحليل النفسي للصدمة، على جانبين هما : الحمل الزائد من المعلومات والمعالجة غير المكتملة للمعلومات، ويعتبر أن الخبرة الصدمية تكون من القوة إلى درجة أنها تعالج على الفور. لذا يجري استبعادها من الوعي وتظل مخزونة في (شكل نشط للذاكرة) ، حيث تعمل آلية الإنكار - الخدر Denial - numbing على حماية الأنا من المعلومات الصدمية. وغالبا ما تتواتر إقحامات ذهنية غامرة (مثل الأفكار، والصور، ونوبات الانفعالات، والسلوك القسري، وإحياء الخبرة الصدمية)، تستثيرها أحداث خارجية. وتستمر هذه الحالة من تذبذب الإنكار - الخدر والإقحامات الذهنية حتى تتم معالجة المعلومات كلية. وهنا يركز (هورويتز) في علاج حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة على إكمال معالجة المعلومات ، وليس على التنفيس Abreaction والتفريغ Catharsis، ويعتبر أن الإقحامات الذهنية Intrusions تيسر من عملية معالجة المعلومات، وأن العمليات الدفاعية تساعد على الاستيعاب التدريجي للخبرة الصدمية. وفي هذا الإطار تتحدد ثلاثة أساليب عامة Stratagems للعلاج وفقا لدرجة شيوع أو سيطرة آليات الانكار - الخدر Denial - numbing (التحكم الزائد Overcontrol) والإقحام - التكرار Intrusion - repetition (التحكم المنخفضUndercontrol) فيما يتعلق بالعمليات المتحكمة ، ومعالجة المعلومات ، والمعالجة الانفعالية. وتستخدم هذه الأساليب كما يلي :

تغيير العمليات المتحكمة Changing controlling processes : تتضمن الاستراتيجية العلاجية في طور الإنكار - الخدر أساليب وإجراءات التدخل التالية :

* خفض عوامل الضبط (مثلا ، عن طريق تفسير الدفاعات، والتنويم المغناطيسي، والإيحاءات ، والضغط الاجتماعي ، والمسرحيات النفسية).
* تغيير الاتجاهات التي تجعل التحكم ضروريا .
* كشف النقاب عن التفسيرات .

أما فيما يتعلق بطور الإقحام - التكرار، فيتضمن الأساليب والإجراءات التالية:

* تزويد الفرد بضوابط خارجية (مثلا، عن طريق توفير بنية أو نظام للتفكير والسلوك).

* فرضية وظائف الأنا كما يفسرها المعالج (أي تنظيم المعلومات).
* خفض المطالب والمنبهات الخارجية .
* الراحة والاسترخاء .
* تزويد الفرد بنماذج يتوحد معها (مثلا، من خلال عضوية الجماعة).
* تعديل السلوك .

ويلاحظ في كل ذلك أن الهدف من استراتيجيات التدخل هذه ليس زيادة الضبط أو خفضه، ولكن تيسير معالجة المعلومات .

تغيير معالجة المعلومات Changing information processing : تتضمن الاستراتيجية العلاجية في طور الإنكار - الخدر أساليب وإجراءات التدخل التالية :

* تشجيع التنفيس .
* تشجيع التداعي، والكلام، واستخدام صور من أجل الاستدعاء، واسترجاع صور الأحداث في المخيلة (مثلا، عن طريق لعب الدور، والمسرحيات النفسية، والعلاج بالفن).
* إعادة البناء المعرفي (لتضمين التداعيات والذاكرة بالمعلومات الباعثة على التعديل المعرفي).
* الإبقاء على الدلائل التذكيرية في البيئة.

أما في طور الإقحام - التكرار ، فتفيد أساليب وإجراءات التدخل التالية:

* المعالجة وإعادة التنظيم (مثلا ، عن طريق التوضيح، أو الأسلوب التعلمي - التفسيري).
* تدعيم الأفكار المتناقضة .
* استبعاد المنبهات البيئية .
* استخدام العقاقير الطبية لخفض التفكير أو إيقافه .

وهنا يكون الهدف من التدخل تيسير معالجة المعلومات الصدمية.

تغيير المعالجة الانفعالية Changing emotional processing : تتضمن استراتيجيات التدخل في طور الإنكار - الخدر الأساليب التالية : التفريغ لإبطال حالة الخدر ولكف تلك العلاقة المتكونة بين الإنكار والخدر (مع التركيز على الاحتواء الانفعالي).

أما فيما يتعلق بطور الإقحام - التكرار ، فتستخدم الأساليب التالية :

* المساندة ·
* استدعاء الانفعالات المتناقضة.
* استخدام العقاقير الطبية لكف الانفعالات الغامرة.
* استخدام إجراءات خفض الحساسية.
* الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية .

ويلاحظ في استخدام هذه الأساليب أن تغيير التوظيف الانفعالي غالبا ما يكون حاسما ودقيقا.

أهداف العلاج ومراحله وأولوياته :

تقوم استراتيجية التدخل وفقا لنموذج (هورويتز) على أن الانتقال من الأسلوب المستخدم إلى أسلوب آخر يكون مطلوبا كلما تقدم الفرد (الحالة) عبر الأطوار المختلفة للعلاج، وبالتالي تعكس الانتقالات في أولويات العلاج وأهدافه تغيرات في الأساليب والإجراءات المستخدمة·

الأولوية رقم (1) Priority I : تتضمن أهداف العلاج، في الحالة التي يخبر بها الفرد حدثا ضاغطا خارجيا، ما يلي : (1) حماية الفرد، (2)إبعاد الفرد عن التعرض للحدث، (3) إنهاء الحدث الخارجي· ويلاحظ أنه في معظم الحالات ينتهي الحدث الضاغط قبل العلاج·

الأولوية رقم (2) Priority II : وفي الحالة التي يخبر بها الفرد تذبذبا بين الإنكار - الخدر والإقحام - التكرار عند مستويات لا يمكنه تحملها، (1) يراعى العمل على خفض شدة وطأة هذا التذبذب إلى مستويات محتملة ، (2) وتقديم المساندة (الانفعالية، والفكرية)، (3) واختيار الأساليب المناسبة مما سبق ذكره·

الأولوية رقم (3) Priority III : حينما يكون الفرد (متجمدا) إما في طور الإنكار - الخدر أو في طور الإقحام - التكرار ، فإن المعالج مطالب بتقديم الجرعة المناسبة من الخبرة عن طريق مساعدة الفرد على تجزئة الخبرة بشكل مناسب إلى وحدات صغيرة من المعلومات وبالتالي يمكن تكاملها مع بعضها. وتستخدم في ذلك الأساليب المناسبة مما سبق ذكره·

الأولوية رقم (4) Priority IV : وتتأتى حينما يكون الفرد قا درا على تحمل خبرات الإقحام - التكرار ، وبالتالي يصير هدفه هو (العمل المباشر) مع خبراته ومواجهتها ، حيث يتعامل مع الجوانب المختلفة المتضمنة في الحدث الضاغط الصدمي، مثل صورة الذات والأفكار والصور الذهنية والمشاعر والذكريات·

الأولوية رقم (5) Priority V : يصل التدخل العلاجي إلى مرحلة الإنهاء حينما يبدو الفرد قادرا على (العمل المباشر) مع خبراته ومواجهة الأفكار والانفعالات المتعلقة بالحدث الصدمي·

وقد خضع نموذج (هورويتز) للتحقق من مدى فاعلته من خلال برنامج علاجي قام به (كروپنك) (1) ، وهو أحد زملائه ، يتضمن اثنتي عشرة جلسة، مع حالات ضحايا الاغتصاب . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة التجريبية تحسنا ملحوظا في صورة الذات، والشعور بالثقة، والضبط ، والتوكيدية .

نموذج (لندي) :

يقدم (لندي) نموذجا للعلاج النفسي الدينامي طوره في (مركز دراسات الضغوط الصدمية بجامعة سينسيناتي) (University of Cincinnati Traumatic Stress Study Center) بالاشتراك مع (معهد سينسيناتي

للتحليل النفسي) Cincinnati Psychoanalytic Institute · وتتحدد عملية العلاج النفسي وفقا لهذا النموذج في ثلاثة أطوار هي (1) :
الطور الأول : وفيه يبدي الفرد (الحالة) مقاومة إزاء مخاطرته بأن يسمح للمعالج بأن يدخل إلى ما تحت (غشاء الصدمة) (الذي يمثل الحاجز النفسي الذي تكون بفعل الصدمة وصار يستقطب الخبرات التالية ويستجيب لها على نحو يؤدي إلى انغلاق الذات على خبرتها الصدمية). وتلك عملية متدرجة واختبارية للغاية، يقوم فيها المعالج، من خلال التفسير، بإعادة بناء العلاقة بين المنبهات التذكيرية reminders التي تعمل في الوقت الحالي كعوامل مهيئة للأعراض وبين الذكريات الصدمية ذاتها، بما فيها الحالات الوجدانية المرتبطة بها. ويؤلف ذلك صورة تشكيلية للحدث الصدمي·
طور العمل المباشر : وفيه يعمد المعالج إلى مساعدة الفرد على تنظيم خبراته الصدمية وفقا لجرعات قابلة للتحكم فيها. ولتحقيق تلك الغاية، يستخدم المعالج أساليب متعددة مثل التفسير وإعادة البناء والطرح والقلق الإشاري والصورة التشكيلية للحدث الصدمي· ويقوم المعالج بتوضيح الدفاعات وما وراءها من حالات انفعالية مثل الشعور بالعجز والغضب والذنب والخزي· وتعمل العلاقة بين المعالج والحالة والوحدة بينهما بمثابة الذات المؤقتة المتماسكة القادرة على التحكم في جرعات الصدمة بدرجة أكبر مما تستطيع الحالة نفسها تحملها·
طور الإنهاء : وفيه يبدأ الفرد نفسه بأن يخبر قدرته على السيطرةوالتمكن كلما تعامل مع منبهات تذكيرية جديدة للصدمة· ويحرز الفرد ثقة في قدرته على الاحتفاظ بتماسكه في وجود تلك المهددات· وهنا، فإنه نتيجة للعمل المباشر في مواجهة خبرته الصدمية، يسترد توازنه الانفعالي، ويستخلص معنى للحدث الصدمي، ويستعيد إحساسه بالاستمرار النفسي بين الماضي والحاضر والمستقبل، كما يستعيد طاقته من أجل الاستثمار المستمر في العمل وفي العلاقات الشخصية المتبادلة والعلاقات الاجتماعية العاطفية، ويكون قادرا على الاستمرار في ارتقاء نموه، وعلى استثمار المستقبل بفاعلية وطموح·

(ثانيا) الاستراتيچيات السلوكية

يستخدم العلاج السلوكي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، في معظم الحالات، باعتباره علاجا اختياريا· ولا يستخدم في كثير من الأحيان كعلاج مستقل تماما عن غيره من الاستراتيچيات العلاجية الأخرى، لاسيما أنه استخدم في الأساس في علاج الذكريات الصدمية· وهنا يفترض المنحى السلوكي أن استجابة الفرد لذكريات الأحداث الصدمية تكمن وراء المظاهر الأولية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأن المعالم الثانوية لهذا الاضطراب تنتج أيضا ، بشكل مباشر وغير مباشر، عن ردود فعل الفرد إزاء ذكرياته. ولهذا تمثل ذاكرة الفرد عن الصدمة الأصلية بؤرة الاهتمام في المنحى السلوكي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ووفقا لهذا المنحى تبرز بشكل خاص ثلاث استراتيچيات رئيسة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهي : العلاج بالتفجر الداخلي أو العلاج بالغمر، و(2) خفض الحساسية المنظم، و(3) التمرينات (البروفة) السلوكية. ويلاحظ أيضا أن المدارس الأخرى في العلاج النفسي، مثل العلاج المعرفي والعلاج الجشطلتي، كثيرا ما تفيد من المنحى السلوكي وتستخدم ضمن أساليبها بعض فنيات العلاج السلوكي أو تعديل السلوك.
* العلاج بالتفجر الداخلي (أو العلاج بالغمر) :
يعتبر العلاج بالتفجر الداخلي Implosive therapy أو العلاج بالغمر Flooding therapy (وقد يسمى أيضا الغمر التخيلي Imaginal flooding) استراتيچية سلوكية فعالة، الهدف منها خفض النزعة إلى الإحجام عن الذكريات الصدمية وخفض القلق الناتج عن استدعاء تلك الذكريات· (ويعتمد العلاج بالتفجر الداخلي على التقديم التخيلي المتكرر للحدث الصدمي الذي خبره الشخص، ويستمر هذا التقديم حتى لا يعود المشهد يستدعي لدى الشخص مستويات عالية من القلق (الانطفاء من خلال التعرض)) (1) . ويعني ذلك أن هذا الأسلوب يعتمد على إضعاف المنبه عملا بالمبدأ السلوكي الذي يقرر أن تكرار الاستثارة ينهك الاستجابة.
فالغرض إذن من هذا الأسلوب السلوكي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليس تغيير طبيعة الصدمة، ولكن خفض استجابة القلق لدى الفرد إزاء ذكريات الصدمة. وتظل هذه الأحداث ، مع التقدم في العلاج، صدمية في طبيعتها، وغالبا ما يظل الفرد يستدعيها بنوع من التأسي ، ولكن ما تحقق من تقدم يتمثل في خفض الإحجام عن الذكريات والمستويات المتلازمة للقلق بشكل ملموس(1) ·
ويبرز من بين الأساليب المختلفة لاستخدام العلاج بالتفجر الداخلي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ذلك الأسلوب الذي طوره (كين وزملاؤه) عن نموذج (ستامفل وليفايس) (2) . ويحدد (كين وزملاؤه) ثلاث مراحل تتضمنها استراتيچية العلاج بالتفجر الداخلي أو بالغمر، فيما يلي(3) : التدريب على الاسترخاء، والتدريب على التخيل السار، والعلاج بالتفجر الداخلي (العلاج بالغمر)·
(1) التدريب على الاسترخاء Relaxation training : يستخدم التدريب على الاسترخاء لتحقيق غرضين، هما : تيسير قدرة الفرد على تخيل المشهد الذي خبره أثناء الحدث الصدمي، وخفض القلق المتبقي الذي يتبع تقديم مشاهد صدمية·
وتستخدم في ذلك طرق الاسترخاء العضلي المتوالي Progressive muscle relaxation techniques (PMR)) التي طورها (كين وزملاؤه) عن (برنشتاين وبوركوفيك) (4) ، وتستغرق هذه المرحلة من العلاج أربع جلسات ، ويسير التدريب على النحو التالي:

أ - يتعلم الفرد في البداية الاسترخاء لست عشرة مجموعة عضلية باستخدام طريقة تتابع التوتر - الاسترخاء بالنسبة لكل مجموعة عضلية .

ب - يستبعد التوتر العضلي من هذا التتابع ، ويتركز التدريب على طريقة الاسترخاء وحدها لهذه المجموعات العضلية.

حـ - ويلي ذلك التدريب على الضبط القائم على استخدام كلمات هادية Cue words ، حيث يطلب إلى الفرد أن يكرر كلمات هادية (مثل : ثقيلة، سائبة، دافئة) كلما أرخى عضلاته. ومن شأن هذه الكلمات أن تصبح مقترنة بالاسترخاء ، ويمكن أن تستخدم لتيسير استدعاء الاستجابة داخل الجلسة العلاجية وفي المواقف التي تتطلب استجابة تكيفية للمواجهة. وفي هذه الفترة يشجع الفرد على ممارسة الاسترخاء بالمنزل مع الاستعانة بتعليمات مسجلة على شرائط وذلك لتيسير تعلم الاستجابة .

(2) التدريب على التخيل السار Pleasant imagery training : في نهاية الجلسة الرابعة للتدريب على الاسترخاء ، يجري تدريب الفرد على التخيل السار. وتعتمد هذه الطريقة على إسهامات (لانج) (1) . وبناء على هذه الطريقة، يطلب إلى الفرد أن يتخيل صورا أو مشاهد سارة تستدعي حالة من الاسترخاء لديه (كأن يكون جالسا على شاطيء البحر، أو يصطاد سمكا من بحر أو نهر أو بحيرة) في الوقت الذي يقدم فيه المعالج تفاصيل يمكن تصورها عن المشهد. ويطلب إلى الفرد أن ينتبه لكل من المنبه (الهاديات الخارجية) وعناصر الاستجابة (الهاديات الداخلية) للمشهد المتخيل .

ويتمثل الغرض من التدريب على التخيل السار في زيادة حالة الاسترخاء، وتحديد قدرة الفرد على تخيل مشهد سار مع توجيه المعالج. فإذا كان المريض قادرا على تكوين صور بصرية واضحة ويستطيع أن يتخيل هاديات حسية أخرى مثل السمع والشم واللمس، فإن العلاج عندئذ يمكن أن يتقدم . أما إذا كان الفرد يبدي صعوبة ، فإن ذلك يتطلب مزيدا من التدريب على الخيال .

(3) العلاج بالتفجر الداخلي Implosive therapy : تتضمن مرحلةالعلاج بالتفجر الداخلي عدة أطوار فرعية تتحدد فيما يلي :

أ - عمل تنظيم هرمي للذكريات الصدمية : يطلب إلى الفرد تحديد ذكرياته الصدمية. وإذا كان يعاني أكثر من خبرة صدمية واحدة، عليه ترتيبها بطريقة متدرجة هرميا، بدءا من الذكريات الأقل استعداد للقلق إلى أكثرها استدعاء للقلق. وإذا كان الفرد قد خبر صدمة واحدة مع مشاهد متعددة، فعليه أن يرتب تلك المشاهدة بطريقة هرمية .

ب - تقدير الذكريات وفقا لمستوى الضغوط : يجري تقدير كل ذكرى وفقا لمقياس تقدير يتراوح مابين 1 و. 1 (1 = لا تستدعي القلق ، . 1 = أكثر استدعاء للقلق) . وفي حالة وجود ذكريات متعددة، يتوجه العلاج إلى التعامل أولا مع أقل الذكريات استدعاءً للقلق.

حـ - الاسترخاء : يشجع الفرد، قبل تقديم الذكريات الصدمية أثناء الجلسات، على الاسترخاء باستخدام مهارات الاسترخاء العضلي المتوالي (PMR) . ومن شأن هذه الإجراءات أن تزكي من قدرة الفرد على التخيل، وأن تقلل من الأفكار غير المتعلقة بالمهمة موضع الاعتبار.

د - تقديم المشهد : حالما يبدي الفرد استرخاءً ، يعمد المعالج إلى استخدام الهاديات الحسية (البصرية ، والسمعية، واللمسية، والشمية) لخلق مشهد الصدمة في مخيلة الفرد. ويساعد تفاعل المعالج مع الفرد إزاء تفاصيل المشهد على تيسير تكوين الصورة الأكثر واقعية في عقل الفرد.

هـ - تقديم هاديات أو إلماعات صدميةTraumatic cues : ويعقب تقديم المشهد، أن يقوم المعالج بتوجيه الفرد من خلال الحدث الصدمي. وينبغي أن يتم ذلك على أساس من المساندة للفرد عند تعريضه المتخيل للحدث الصدمي. وهنا أيضا يساعد التفاعل المستمر مع الفرد على طرح تفاصيل الحدث في الخيال لديه إلى أقصى حد . وفي هذه الجلسات يجري التركيز على العوامل الأكثر استدعاء للقلق.

و - تقديم هاديات إضافية : يعمد المعالج إلى مساعدة الفرد على تذكر فئتين من هاديات إضافية تشمل : هاديات مستدعاة داخليا ويمكن تقريرها Reportable cues ، وهاديات مفترضة Hypothesized cues. أما (الهاديات المستدعاة داخليا والتي يمكن تقريرها) ، فتتمثل في الأفكار أو المشاعر أو الصور المؤلمة أو البغيضة التي ترتبط بالحدث الصدمي. وتعبر هذه الهاديات عن الاستجابة المعرفية للفرد إزاء الحدث، وقد تتضمن مشاعر مثل الذنب أو الغضب أو الحزن. وتشمل (الهاديات المفترضة) : الخوف من الإصابة الجسدية، والخوف من الموت، والخوف من السلوك العدواني، والخوف من النبذ. وغالبا ما ترتبط الهاديات المفترضة بمستويات عليا من الاشتراط مع الصدمة الأصلية، الأمر الذي يخلق كثيرا من الصعوبات أمام الفرد (على سبيل المثال، الخوف من الانفجار بعنف، صعوبات في العلاقات الشخصية المتبادلة، الخوف من النبذ ، الخ).

ز - إنهاء المشهد : إن المعالج، من خلال إجراءات الغمر، يطلب إلى الفرد أن يقدم تقديرات ذاتية عن شعوره بالضغط باستخدام مقياس التقدير من 1-. 1 درجة. وعادة ما يؤدي التعرض المتكرر للمشهد إلى خفض في التقديرات. ويعني انخفاض التقديرات الذي يتم على عدة جلسات انخفاضا في القلق إزاء الذكريات. وهكذا يجري التعامل مع الذكريات الصدمية بطريقة متدرجة هرميا بعد إنجاز المهمة الخاصة بالمستوى الأدنى من تلك الذكريات ، والانتقال إلى المستويات الأعلى من حيث شدة استدعائها للقلق.

ح - إنهاء الجلسة : يستخدم الاسترخاء مرة أخرى عند نهاية الجلسة، وقد يعقب ذلك أيضا مناقشة لما جرى في الجلسة.

يكشف العلاج بالتفجر الداخلي (أو العلاج بالغمر) عن استراتيجية سلوكية يمكن استخدامها كنسق لبناء

برامج علاجية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وقد أجريت بشأن هذه البرامج بعض الدراسات التي تكشف عن فاعلية استخدامها وجدواها في علاج الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما يتضح ذلك من التحسن الملحوظ الذي تشير إليه البيانات المتعددة المستمدة من الاختبارات النفسية (مثل ، تقديرات القلق) والمقاييس الفيزيولوچية (مثل، تقديرات معدل ضربات القلب)، وكما يظهر من الفاعلية بعيدة المدى وفقا لتقديرات متابعة الحالات (1) .

* خفض الحساسية المنظم :

يقدم العلاج السلوكي أسلوبا فعالا في علاج بعض الأعراض التي تشيع لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل الأحلام المزعجة (الكوابيس) والخوف والقلق، يعرف بـ (خفض الحساسية المنظم) أو (التحصين المنظم التدريجي) Systematic desensitization (SD) ·

يعزى هذا الأسلوب إلى نظرية (چون ولپي) (2) في العلاج عن طريق (الكف بالنقيض) Reciprocal inhibition ، حيث يقدم (ولپي) أسلوبا مميزا في علاج المخاوف والقلق، وهو (خفض الحساسية المنظم)· وفي سياق إجراءات استخدام هذا الأسلوب ، يتقدم الفرد بالتدريج من خلال مجموعة من المواقف أو الأحداث (المتخيلة) المثيرة للقلق، والتي تتدرج من مواقف أقل إثارة للقلق إلى مواقف أكثر إثارة للقلق، مع الاحتفاظ بحالة من الاسترخاء حتى يستطيع الفرد أن يقوم برد الفعل المضاد للقلق · وثمة أسلوب آخر يعرف بـ(خفض الحساسية الذاتي المنظم) Systematic self - desensitization ، وهو يعتمد على الإجراءات نفسها عدا أن الفرد يمارس هذه الإجراءات بنفسه. وهكذا، وفقا لأسلوب خفض الحساسية المنظم، تميل الاستجابات المضادة لمثير معين إلى أن تكف بالنقيض بعضها بعضا، أي كف استجابات الخوف أو القلق بنفس استجابات الخوف أو القلق، ولكن على أساس من التدرج في التعرض لتلك الاستجابات.

ويقترح أصحاب هذا المنحى السلوكي أسلوبين يمكن استخدامهما في علاج الأعراض المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة : الأسلوب التقليدي في خفض الحساسية المنظمSD ، وأسلوب تدريب الأفراد في مواقف حية in vivo SD.

يبرز (شيلدر) (1) فاعلية استخدام الأسلوب التقليدي لخفض الحساسية المنظم، في علاج الأحلام المزعجة (الكوابيس) المتكررة المزمنة لدى حالة من المحاربين القدامى بفيتنام· ويصف (شيلدر) هذه الأحلام المزعجة بأنها استعادة حية للخبرات الصدمية للحرب· يقوم الطور الأول في العلاج على تعلم الفرد أساليب الاسترخاء والتدريب على التخيل السار· يلي ذلك سبع مراحل متدرجة هرميا تستند إلى التدرج الزمني للأحداث وصولا إلى الصدمة (مشاهدة موت زميل له انفجر فيه لغم أرضي)· وبناء على هذا الأسلوب يطلب إلى الحالة الاسترخاء، ثم التخيل، ثم الاسترخاء، ثم إيقاف التخيل، ثم الاسترخاء، وهكذا حتى تتعلم بعد الممارسة المتكررة أن تسترخي مع تصور تلك الأحلام وفقا لتدرج المنبهات التي تستدعي القلق؛ أي إن الاسترخاء، وهو خبرة تبعث على الإثابة في مقابل الخبرة المؤلمة للقلق ، يأخذ في أن يحل بالتدريج محل القلق باعتبار الاسترخاء في الوقت نفسه استجابة متعلمة كذلك للمنبهات التي تستدعي القلق ·

وقد يدرب الأفراد في مواقف فعلية حية على استخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم (in vivo SD)، مثلما استخدم مع حالات من المحاربين القدامى الذين يعانون مخاوف ناتجة عن خبرات الحرب· وفي هذا الأسلوب يدرب الأفراد على الاسترخاء ويشجعون على استخدامه في المنزل· ثم يدرب الفرد بالتدريج على مواجهة بعض المواقف الفعلية· فعلى سبيل المثال، طلب إلى أحد هؤلاء الأفراد، وكان يخاف من منظر الجروح والضمادات، أن يقوم في مكتب المعالج بعمل ضمادات في مناطق كثيرة من جسم هذا الشخص المعالج كطريقة لاستخدام هذا الأسلوب ، ثم يطلب إلى الفرد (الحالة) أن يتجول في أجنحة المستشفى مستخدما كذلك تمارين الاسترخاء· وفي حالة أخرى لأحد المحاربين القدامى، وكان يعاني رُهاب الأصوات العالية، طلب إليه أن يخبط بيديه على بعض الأشياء مما يترتب عليه صدور أصوات عالية، ويمارس طرق الاسترخاء في كل مرة، ثم شجع بعد ذلك على استخدام شرائط تسجيلية لهذه الأصوات والإصغاء إليها في المنزل، مع استخدام الاسترخاء أيضاً (2) .

التمرينات السلوكية (البروفة السلوكية) :

لقد استخدم (فيربانك ودي جور وچنكنز) طريقة (التمرينات السلوكية) أو (البروفة السلوكية) Behavioral rehearsal لعلاج الاستجابة الترويعية الشديدة التالية للصدمة Posttraumatic startle response مع ما يصاحبها من قلق لدى سيدة ضحية لحادث تصادم سيارة· وفي هذا يصف (فيربانك) خطة علاجية من طورين (1) : التدريب على الاسترخاء ثم يتبعه استخدام طريقة (التمرينات السلوكية)· وبناء على هذه الخطة ، كانت هذه السيدة تتلقى ثلاث جلسات أسبوعيا للتدريب على الاسترخاء العضلي المتوالي، ثم تستمر على التدريب بالمنزل باستخدام أشرطة مسجلة. ولما كانت هذه السيدة قد تعرضت لحادث تصادم بالسيارة على إحدى الطرق السريعة وصارت لذلك تخبر استجابة ترويعية فقط حينما تقود سيارتها على الطرق السريعة المماثلة، لذا توجهت التمرينات السلوكية إلى قيادتها للسيارة مسافة ميل على بعض الطرق السريعة، واستغرقت هذه التمرينات فترة أسبوعين بواقع مرتين في اليوم· وقد تم جمع بيانات تتعلق بتقديرات مستوى القلق لديها وكذلك تسجيل عدد مرات الاستجابات الترويعية كل ساعة أثناء قيادتها على الطرق السريعة، وذلك قبل العلاج وأثناءه وبعده على فترات متتابعة : بعد شهر واحد، وأربعة أشهر، وستة أشهر· وقد أظهرت نتائج استخدام هذه الطريقة فاعلية استخدام طرق الاسترخاء والتمرينات السلوكية في علاج الاستجابات الترويعية التالية للصدمة·

تلك نماذج من الاستراتيچيات السلوكية التي يمكن استخدامها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة·

والواقع إنه على الرغم مما تقدمه المدرسة السلوكية من أساليب وفنيات عملية في العلاج أو الإرشاد النفسي مما يمكن أن يفيد منه علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإن هذه الأساليب السلوكية تركز أساسا على بعض الأعراض أو على أعراض بعينها مثل الخوف أو القلق أو الاستجابة الترويعية أو الإحجامية، ولا تتناول الصورة الكلية لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الأمر الذي تتضح معه محدودية الأساليب السلوكية في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بقدر كون هذه الأساليب موجهة في الأساس إلى محو بعض الأعراض الواسمة لهذا الاضطراب. ومع ذلك ،وللقيمة النفعية للتدخل السلوكي، ثمة اتجاه يسود بين كثير من مدارس العلاج النفسي يعمد إلى توظيف بعض الأساليب السلوكية في نسق مدارس علاجية أخرى، مثل العلاج السلوكي، وهذا ما نعرض له فيما يلي :

(ثالثا) استراتيچيات العلاج المعرفي - السلوكي

يزخر ميدان العلاج النفسي المعاصر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى أكثر من مائة شكل من أشكال العلاج النفسي· وإزاء هذا التعدد أو حتى التناقض يمكن اعتبار (العلاج المعرفي - السلوكي - Cognitive behavioral therapy (CBT) نموذجا لاستراتيچيات علاجية يخترق هذه المتاهة ويقدم نظرية تكاملية في تغيير السلوك تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي· ويمكن تحديد خطين رئيسيين، سواء من ناحية التنظير أو البحث، أسهما في تطور منحى العلاج المعرفي - السلوكي CBT ، وهما :
العلاجات المعرفية - الدلالية Cognitive - semantic therapies ، وروادها (چورچ كيلي) Kelly (في نظريته عن (أبنية الشخصية) Personal constructs ، وهي الطريقة التي يرى بها الفرد العالم أو التي يعزو بها معنى لخبرته) ، و (آلبرت إيليس) Ellis (في نظريته عن (العلاج العقلاني - الانفعالي) Rational - emotive therapy ، ومفادها أن المعاناة الانفعالية تعزى إلى الأسلوب اللاتكيفي الذي يرى به الفرد العالم وإلى المعتقدات اللاعقلانية التي يتمسك بها)، و (آرون بيك) Beck (في نظريته عن (العلاج المعرفي)Cognitive therapy التي تركز كذلك على عمليات التفكير والأبنية المعرفية).
أما الخط الثاني الذي يرتبط أيضاً بتطور استراتيچيات العلاج المعرفي - السلوكي ، فهو نظرية التعلم الاجتماعيSocial learning theory كما يمثلها (چوليان روتر) Rotter و(آلبرت باندورا) Bandura و(والتر ميشيل) Mischel و(دونالد مايكنباوم) Meichenbaum. ومن هنا، فإن المعالجين المعرفيين - السلوكيين يولون أهمية كبيرة للتفاعل بين العمليات المتعددة المتضمنة في تفكير الفرد ومشاعره وسلوكه، ونواتجها في البيئة (1) .
وتركز استراتيچيات العلاج المعرفي - السلوكي على نموذج لتغيير السلوك يتم على عدة مراحل (2) :
تتضمن المرحلة الأولى في عملية التغير تدريب الفرد لكي يكون ملاحظا جيدا لسلوكه ومساعدته على تحديد مشكلاته في ضوء النظر إليها على أنها قابلة للحل ؛ أي إن العلاج النفسي في هذه المرحلة يعمد إلى تشجيع (اكتشاف الذات) Self-exploration أو (مراقبة الذات) Self-monitoring ·وتلك ركيزة أساسية لتطور عملية إعادة التصور أو إعادة التقدير المعرفي لدى الفرد لمشكلته. وتتوجه المرحلة الثانية إلى مساعدة الفرد على تحقيق التغير المعرفي والانفعالي والسلوكي· ويتحدد الهدف في هذه المرحلة بإحداث التغير في ثلاثة مجالات هي : تغيير السلوك الظاهر لدى الفرد، وتعزيز النشاط التنظيمي - الذاتي Self - regulatory عن طريق تغيير العبارات الذاتية والصور والمشاعر التي تعوق التوظيف التكيفي، وتكوين الأبنية المعرفية التي يدرك الفرد من خلالها ذاته والعالم ويستبعد منها الأفكار والمشاعر المثبطة للذات· أما المرحلة الثالثة، فتركز على تعزيز التغيرات، وتعميم تغير السلوك وصيانته، وتجنب احتمالات الانتكاس· وهكذا ، فإن النموذج المعرفي - السلوكي في العلاج يصمم لتعلم الفرد أن ينشط كما لو أنه (عَالِمٌ شخصي) Personal scientist يجمع بياناته (بمساعدة المعالج) كي يستخدمها كدلائـــل لتغييـــر معارفه ومشاعره وسلوكه (1)·
ويتضمن العلاج المعرفي - السلوكيCBT استراتيچيات متعددة، من أبرزها : استراتيچيات إعادة البناء المعرفي، والتدريب على التحصين ضد الضغوط، والتدريب على حل المشكلات. ونتناول هذه الاستراتيچيات من حيث استخدامها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلي :
إعادة البناء المعرفي :
ثمة استراتيچيات علاجية مختلفة تعتمد على أسلوب إعادة البناء المعرفيCognitive restructuring therapy ، ولكن يبرز من بينها نموذجان متميزان، هما : نموذج (إيليس)(2) في (العلاج العقلاني - الانفعالي) ونموذج (بيك) (3) في (العلاج المعرفي)· ويركز هذان النموذجان على تأثير الأفكار والمعتقدات والمعارف على سلوك الفرد ومشاعره. ويكمن وراء هذا المنحى أساس نظري منطقي يقرر أن انفعالات الفرد وأنماط سلوكه تحكمها إلى حد كبير الطريقة التي يفسر بها عالمه· ومن هنا تصمم استراتيچيات إعادة البناء المعرفي لمساعدة الفرد (الحالة) على تعرف تصوراته الذهنية المشوهـــة اللاتكيفية ومعتقداتـــه غير الوظيفيـــة، واختبارهـــا في الواقـــع Reality - test ، وتصحيحها· ويسلم المعالجون المعرفيون بأن المشاعر السالبة تنتج عن الطريقة التي نفسر بها الأحداث ·
يتوجه العلاج المعرفي هكذا إلى تدريب الفرد على تعرف وتحديد تلك الأفكار الانهزامية أو المخيبة للذات Self - defeating thoughts والتي تتواتر بشكل آلي أو إقحامي، وعلى استبدالها بأفكار وأنماط سلوكية أخرى أكثر موضوعية، وإنماءً للذات، وحلا للمشكلات· ومن ثم يتحدد الهدف من العلاج بمساعدة الفرد على

أن يصير واعيا بتأثير تلك الأفكار والمشاعر السالبة على سلوكه، وعلى أن يتعلم أن يبني أنماطا تكيفية لأفكاره ومشاعره وسلوكياته باعتبارها أبنية معرفية بديلة أو معارضة لتلك الأنماط السالبة اللاتكيفية.
وفي هذا يقدم (إيليس) أسلوبا يعرف بـ ((نموذج أ - ب - حـ) A - B - C pardigm) لمعالجة الأفكار اللاعقلانية الآلية (أ= المقدمات أو الأحداث المسببة ، ب = المعتقدات ، حـ = النتائج أو العواقب) ، مركزا على الكيفية التي تؤثر بها الأفكار الذاتية في ردود الفعل ، وموضحا للأفراد (الحالات) الدور الذي تقوم به تلك الأفكار الآلية في الاضطراب الانفعالي. وبناء على هذا الأسلوب ، يطلب المعالج إلى الشخص الضحية أن يستحضر في ذهنه موقفا غير مرتبط بالحدث الصدمي الذي صار فيه مضطربا (مثال ذلك، عدم حصوله على ترقية في عمله)، ثم يوجهه إلى طرح استجاباته إزاء (أ) ، (ب) ، (حـ) . وفي البداية يقوم المعالج بإكمال (أ) (المقدمات أو الأحداث أو الخبرات) ثم (حـ) (النتائج أو العواقب الانفعالية والسلوكية) ، وأخيرا يطلب إلى الشخص الضحية أن يعمل على استخلاص (ب) (معتقدات أو أفكار أو تصورات أو عبارات كانت تعتمل في ذهن الفرد وأدت بالتالي إلى استدعاء حالة من الكدر أو الضيق أو القلق أو الاكتئاب أو الانسحاب). وبعد هذه الخطوة يطلب إلى الفرد (الحالة) أن يُجري هذا الأسلوب من التحليل (A-B-C analysis) لكي يقف على الأسباب التي تجعله في موقف ما يصير مضطربا ،ولكي يستبصر الدور الذي تقوم به أفكاره ومعتقداته في توجيه ردود أفعاله . وبهذه الطريقة فإن المعالج المعرفي يساعد الفرد على (1) :

1 - أن يحدد الأفكار السالبة الآلية والافتراضات الصامتة التي تسهم في اضطرابه الانفعالي وفي استمراره .
2 - أن يتعرف الأخطاء أو التحريفات أو التشويهات المعرفية.
3 - أن يستبدلها بمعتقدات وأفكار ومهارات اجتماعية أكثر تكيفية .

ويتضمن العمل باستراتيجية إعادة البناء المعرفي الخطوات التالية (2) :

1 - إكمال (أ) و (حـ) .
2 - إكمال (ب) ، والتوصل إلى صميم الافتراضات الآلية عن الحدث أو الموقف أو الأشخاص.
3 - اختبار مدى واقعية الافتراض الذي يندرج تحت (ب) : ويتطلب ذلك تقييم الدلائل التي تؤيد الافتراض أو تدحضه.
4 - وإذا كان الدليل غير كاف ، عليه أن يستبعده . فإنه قد يستبعد الافتراض أو يحصل على مزيد من المعلومات.
5 - وإذا كانت توجد دلائل كافية ، عليه أن يستجيب بطريقة عقلانية وتكيفية ، أو يبحث عن استجابة تتوفر فيها شروط السلامة والأمان .

ويشجع المعالج المعرفي الأفراد على القيام ببعض تعيينات الواجبات المنزلية Homework assignments ، تحقيقا لاستمرار التقدم بين الجلسات، واستثارتهم لكي يأتوا بأقصى ما يمكنهم من مبادأة في العلاج الذاتي، وزيادة مهاراتهم في استخدام هذه الإجراءات. وغالبا ما يتم ذلك وفقا لجدول أسبوعي تتقرر فيه (الواجبات المتدرجة)Graded task assignments كما يجري الاتفاق عليها بين المعالج والفرد (الحالة) . وهذه الواجبات توفر مهام أو أنشطة متدرجة بطريقة تيسر من تطور نمو إحساس الفرد بالكفاءة والتقدير(1) .

استراتيجيات التحصين ضد الضغوط :

يبرز من بين الاستراتيجيات المعرفية - السلوكية في علاج الضغوط والقلق والألم والتعب وغير ذلك من الظاهرات النفسية السالبة، ذلك النموذج الذي يقدمه (دونالد مايكنباوم) Meichenbaum (1) في جامعة ووترلو / أونتاريو بكندا، وما يتضمنه من برامج عملية، وهو ما يعرف باستراتيجيات (التدريب على التحصين ضد الضغوط) (Stress Inoculation Training "SIT"). وقد أفاد هذا النموذج من إسهامات نظرية وتجريبية ذات مناح متعددة كالنظرية المعرفية - الانفعالية للقلق والاكتئاب، ونظريات علم النفس المعرفي، والنظرية السلوكية في تعلم المهارات المعرفية ومهارات الاسترخاء وغير ذلك من مهارات المواجهة.

وقد يبدو التحصين (أو (التحصين النفسي) مفهوما غير مألوف في استخداماتنا في علم العلاج النفسي. ولكن يمكن تتبع أصول هذا المفهوم من منظور عدة مناح أساسية : طبية وسلوكية ومعرفية .

يتمثل المنحى الطبي أساسا في بحوث والتر كانون 9391) Cannon) في العشرينات عن الاستجابة الفيزيولوجية المعروفة باستجابة (المجاهدة أو الهرب) Fight or flight response ، وهي تلك البحوث التي آلت به إلى تقديم مصطلح (الضغط) Stress. وهو المفهوم الذي تبناه (هانز سيليي) Selye منذعام 6591 في بحوثه لأكثر من أربعين عاما عن الاستجابة الفيزيولوجية للضغوط. وإذا كان (التحصين) Inoculation وفقا للنموذج الطبي يقوم على أساس تعريض الفرد لجرعات متدرجة من الأجسام المضادة لكي تستثير ردود الفعل المناعية الدفاعية، فإن التحصين بالمعنى النفسي يقوم على تعريض الفرد لجرعات من المواجهة للمواقف والخبرات الضاغطة أو لذكرياتها لتقوية إمكانات المواجهة عنده .

ويبدو المنحى السلوكي فيما يقدمه (جون ولبي) Wolpe (8591) في نظريته عن العلاج عن طريق (الكف بالنقيض) Reciprocal inhibitation من نموذج في علاج المخاوف والقلق خاصة، يعرف بـ (خفض الحساسية المنظم) Systematic Desensitization، كما سبق تناوله.

أما المنحى المعرفي، فيتمثل أساسا في نظرية وبحوث (لاذاروس) Lazarus وزملائه (6691، 4891 وغيرها) ، عن التقدير المعرفي Cognitive Appraisal للفرد للمواقف والأحداث والخبرات، ولتفاعله

معها، ولكيفية إدراكه لها· ويركز هذا النموذج على مهارات المواجهة Coping skills في التعامل معها·
ووفقا لهذا المنحى، فإن الطريقة التي يدرك بها الأفراد تلك المواقف والأحداث والخبرات واستجاباتهم لها ، هي التي تحدد درجة شدة الإحساس بالضغوط ، ومن ثم فإن (التحصين) بناء على ذلك يتم من خلال إعادة التقييم المعرفي لتلك الأحداث والخبرات الصدمية ، وكذلك من خلال التدريب على المهارات المعرفية في مواجهتها وفي التعامل مع آثارها·
ويتمثل المنحى المعرفي - السلوكي في برامج (مايكنباوم) Meichenbaum (5891، 8891) في (التدريب على التحصين ضد الضغـوط) (Stress Inoculation Training)· وتلك استراتيجية مرحلية تقوم في الأساس على إعادة البناء المعرفي للفرد وعلى تعلم مهارات المواجهة للضغوط ونقل أثر التعلم إلى مواقف الحياة الواقعية·
ويمكن ، بناء على ما سبق ، تحديد مفهوم التحصين أو التحصين النفسي على أنه تدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة وعلى التعامل مع آثار وخبرات المواقف والأحداث الضاغطة، مع الاحتفاظ بحالة أقل من الانفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف السلوكي، وذلك من خلال التعرض التدريجي المنظم لجرعات من المواجهة للمواقف أو للأحداث الضاغطة أو لذكرياتها، حيث يتم في هذا السياق إعادة تنظيم للخريطة المعرفية للفرد وتعلم للعمليات الدفاعية في شكل مهارات للمواجهة ، أي تقوية إمكانات المناعة النفسية الدفاعية في مواجهة الضغوط وآثارها .
وتستند فعاليات برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط (SIT) إلى توجه عام يركز عله (مايكنباوم) في المجلد الخاص الذي قام بتحريره بالاشتراك مع (چارمكو) عن (خفض الضغوط والوقاية) (1)، حيث يوضح أن الوقاية من ردود الأفعال السالبة أو غير البناءة للضغوط تتطلب مواجهة فعالة وناجحة .
ويتحدد الهدف من برامج (التدريب على التحصين ضد الضغوط) في تعلم فئة شاملة ومرنة من مهارات المواجهة Coping skills ، سواء تلك المهارات المعرفية أو المهارات السلوكية، التي يمكن تطبيقها عبر الزمن وعبر المواقف.
والواقع إن برامج (التدريب على التحصين ضد الضغوط) تؤلف مجموعة من الاستراتيچيات المتنوعة يجري تقديمها بطريقة مرنة، بحيث إنه يصعب أن تكون هناك استراتيچية بعينها من هذه الاستراتيچيات مما يمكن أن نعول عليها فحسب في التحصين ضد الضغوط ، الأمر الذي يتأكد معه توجه عام في تقديم هذه البرامج، وهو تشجيع الأفراد المتدربين على إنماء رصيد واسع من مهارات المواجهة يستطيعون الانتقاء منه بما يناسب مواقف الحياة المتنوعة، فحيثما لا تجدي استراتيچية معينة للمواجهة، يمكن محاولة استخدام غيرها من الاستراتيچيات. فالمشكلات أو الاضطرابات المتعلقة بالضغوط يمكن غالبا وقاية الأفراد منها إذا تم تعلمهم في سياق فاعلىات التدريب على التحصين ضد الضغوط على التعامل بمرونة بهذه المهارات وعلى اعتبار المواجهة على أنها عملية متطورة مع الزمن .
وهكذا تتضمن برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط، أو كما يطلق علىها أيضا برامج (التدريب على مهارات المواجهة في التحصين ضد الضغوط) Stress - inoculation coping skills training ، طائفة واسعة ومرنة من الاستراتيچيات التي تمثل معينا غنيا من مهارات المواجهة الفعالة التي يمكن مواءمتها مع تغير وتنوع مواقف الحياة واعتبارا لتطورها مع متغير الزمن· وتتم استراتيچيات التدريب على التحصين ضد الضغوط في ثلاثة أطوار متداخلة فيما بينها إلى حد ما ، وذلك فيما يلي :

الطور الأول : التصورية Conceptualization phase :

وتلك مرحلة تعلىمية بطبيعتها، تنشد تحقيق الأهداف الرئيسة التالية :
1 - أن نبني علاقة دافئة من التعاون والرعاية مع الشخص المتدرب·
2 - أن نقوم بعمل تقويم حساس كلينيكيا لطبيعة الاهتمامات القائمة ولدرجة تعقيدها عند الشخص المتدرب·
3 - أن نساعد الشخص المتدرب على إعادة التصور لما يخبره من ضغوط أو قلق أو اكتئاب أو ألم أو نحو ذلك من الصعوبات أو المشكلات الانفعالية·
وتتمثل مكونات هذه المرحلة فيما يلي :
أ - جمع البيانات - التكامل Data collection - integration :
* تعيين محددات المشكلة من خلال :
- المقابلة·
- ملاحظة الذات القائمة على التخيل·
- الملاحظة السلوكية·
* التمييز بين الإخفاق في الأداء وبين نقص المهارة·
* بناء خطة للعلاج - تحليل المهام·
* تقديم نموذج تصوري تكاملي·
ب - التدريب على مهارات التقدير Assessment skills training :
* تدريب الأشخاص المتدربين على تحليل المشكلات بطريقة استقلالية (مثل تحليل المواقف والبحث عن البيانات غير المؤكدة) ·

الطور الثاني : اكتساب المهارات والتدريب علىها Skill Acquistion and Rehearsal :

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا الطور في إنماء ذخيرة أو معين من مهارات المواجهة الفعالة. وتتحدد مهارات المواجهة في فئتين هما :

1 - المهارات الوسيلية للمواجهة Instrumental coping skills ، وهي مهارات التركيز على المشكلات Problem - focused ، وتتضمن استراتيجيات مثل :
* جمع المعلومات ·
* حل المشكلات ·
* مهارات الاتصال ·
* التوكيدية ·
* المهارات الاجتماعية ·
* مهارات الدراسة ·
* الوالدية ·

2 - مهارات التهدئة للمواجهة Pilliative coping skills ، وهي مهارات تنظيم الانفعالات - Emotion regulation· وتتضمن استراتيجيات مثل :
* إعادة البناء المعرفي·
* تحويل الانتباه·
* استخدام المساندة الاجتماعية ·
* الاسترخاء ·
* التعبير عن المشاعر والانفعالات ·

ويتمثل محتوى الطور الثاني في المكونات التالية :

أ - التدريب على المهارات Skills training :
* التدريب على المهارات الوسيلية للمواجهة·
* التدريب على مهارات التهدئة للمواجهة·
* إنماء طائفة واسعة من استجابات المواجهة لتيسير الاستجابية المرنة.

ب - التمرين على المهارات Skills rehearsal :
* تحقيق التكامل بين استجابات المواجهة وتنفيذها عمليا من خلال :
- التخيل ·
- لعب الدور ·

* التدريب على توجيه التعلمات إلى الذات Self-instructional training ، وذلك بهدف إنماء وسائط لفظية تعمل على تنظيم استجابات المواجهة .

يتمثل الهدف من استراتيجيات تمرينات (بروفات) التدريب على مهارات المواجهة الفعالة في أن يتقن المتدرب أساليب ملائمة فعالة في تغيير المعارف المضطربة التي تعزز انفعالات الضغوط والقلق والاكتئاب والضيق والألم وغيرها من الحالات والاضطرابات الانفعالية، وفي أن يبدأ الفرد برؤية الأحداث الضاغطة على أنها مشكلات يمكن حلها، لا على أنها تهديدات شخصية له .

وتعتمد هذه الأساليب على التدريب على استخدام العبارات الذاتية Self- statements باعتبارها تعلمات يوجهها الشخص إلى ذاته، ومن ثم تعمل بمثابة وسائط لفظيةVerbal mediators في التنظيم الذاتي-Self regulation لاستجاباته إزاء الضغوط ومثيراتها. وتتضمن هذه الاستراتيجية أربع فئات من العبارات الذاتية، وذلك فيما يلي :

الفئة الأولى : الأفكار الهادئة Cool relaxed thoughts :

وهي مجموعة من الأفكار كنماذج أو أمثلة من الملطفات أو المسكنات الانفعالية Emotional palliatives تم تصميمها كي تخلق في الشخص هدوءا انفعاليا يتنامى بالتدريج بطريقة مباشرة من خلال محتواها أو بطريقة غير مباشرة من خلال تنشيط الاسترخاء كمهارات لمواجهة القلق والحالات الانفعالية الأخرى ·

الفئة الثانية : إعادة البناء المعرفي للأفكار اللاتكيفية :

Cognitive restructuring of maladaptive thoughts

وتلك أيضا مجموعة من الملطفات أو المسكنات الانفعالية، ولكنها تركز على تغيير (الأفكار المضطربة وظيفيا والمولّدة للقلق) Dysfunctional, anxiety-engendering thoughts. ويؤدي تغيير التفكير اللاتكيفي إلى هدوء أكبر من خلال الانفعالية المنخفضة التي تخلقها الأفكار التكيفية .

ومن ذلك يتضح أن الفئتين ، الأولى والثانية، من استجابات المواجهة يتم تصميمهما لخفض الاستثارة المعرفية والانفعالية المتداخلة .

الفئة الثالثة : التوجه نحو العمل، التعلم الذاتي لحل المشكلة

: Task - oriented, problem - solving self - instruction

تمثل هذه الفئة المعارف الأكثر وسيلة أو المعارف الموجهة إلى العمل والفعل، وتصمم لكي تدرب الفرد على استخدام مجموعة كاملة من المهارات التكيفية الملائمة للموقف المثير للقلق، وعلى التركيز عليها والاندماج فيها · لذا تركز هذه الفئة من المهارات التكيفية على تحديد الأحداث الضاغطة على أنها المشكلة، وعلى التعامل معها كمشكلة، وعلى تجزئتها إلى وحدات قابلة للمعالجة، وعلى تحديد الخطط اللازمة لحلها وتنفيذها .

أما الفئات المعرفية الأخرى، فيمكن إضافتها إذا دعت الحاجة إلى ذلك :

- تركز إحدى هذه الفئات على التوقف عن الجهود المبذولة وعلى وضع حد لدوائر الضيق والهم حينما لا

تتاح الحلول الجيدة أو العملية. ويعتبر ذلك إجراءً ضروريا لتغيير الأبنية المعرفية اللازمة للحل .
- تتضمن الفئة الأخرى الخطط الوقتية والبيئية لإبعاد خبرة القلق إذا كانت هذه الخبرة مهيمنة على الشخص هيمنة كاملة. ومما ينبغي أن يوضع في الاعتبار هنا أن معرفة الشخص بأنه سوف يتخلى عن الموقف أو يبتعد عنه فعليا أو في غضون فترة قصيرة، من شأنه أن يعطي الشخص ثقة تكفي بألا تضعف قوة المواجهة عنده.

الفئة الرابعة إثابة الذات / الفاعلية الذاتية : Self - reward / Self - efficacy
تتضمن هذه الفئة من الاستراتيجيات المعرفية صفات أو تفسيرات العزو (attributions) التي تعمل كمعززات لفظية Verbal reinforces لإثابة الذات والفاعلية الذاتية فيما يتعلق بجهود المواجهة التي يمارسها المتدرب .

الطور الثالث : التطبيق والمتابعة المنتظمة Application and Follow - through :
تصمم استراتيجيات الطور الثالث على نحو يهدف إلى تقوية مهارات المواجهة في تطبيقها على مواقف الحياة اليومية وإلى زيادة فرص المحافظة علىها وعلى فاعليتها عبر الزمن وعبر المواقف . ويتمثل محتوى استراتيجيات هذا الطور فيما يلي :

أ - تهيئة تطبيق المهارات Induce application of skills :
* الإعداد للتطبيقات عن طريق استخدام :
- تخيل المواجهة Coping imagery .
- استدعاء واستخدام الدلائل المبكرة أو هاديات الضغوط Stress cues باعتبارها إشارات للمواجهة.
* لعب الدور : (أ) لمواقف ضاغطة متوقعة ، (ب) لشخص يقوم بتدريب (Coaching) شخص آخر لديه مشكلة مماثلة .
* لعب الدور لاتجاهات يمكن تبنيها في العالم الواقعي .
* تعريض المتدرب لضواغط أو مقلقات متدرجة داخل جلسات التدريب (Insession graded stressors) .
* استخدام التعرض المتدرج Graded exposure والحث على استجابات أخرى بهدف مساعدة المتدرب على إنماء مهارات الاستجابات في مواقف الحياة الفعلية in vivo Responding وعلى بناء الإحساس بالفاعلية الذاتية .

ب - الصيانة والتعميم Maintenance and Generalization :
* بناء الإحساس بالفاعلية الذاتية في المواجهة Sense of coping self- efficacy من حيث علاقتها بمواقف يراها المتدرب على أنها مواقف من الخطر المرتفع.
* إنماء استراتيجيات استعادة الفاعلية بعد مواقف الإخفاق والانتكاس.
* ترتيب عمليات وإجراءات المتابعة والمراجعة .

إدارة برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط :
يتحدد تنفيذ برامج استخدام استراتيجيات التدريب على التحصين ضد الضغوط بالطرق والإجراءات العملية التالية :
1 - يمكن استخدام هذه البرامج بطريقة فردية أو جماعية.
2 - يراعى التجانس في مجموعات التدريب على هذه البرامج من حيث اعتبار المشكلة القائمة، مثل مجموعات المتدربين من ذوي الإحساس بالضغوط العالية، أو بالقلق المرتفع، أو بالاكتئاب، أو بالألم .
3 - تتراوح جلسات التدريب الجمعي عادة مابين 8 و22 جلسة.
4 - تتراوح فترة جلسة التدريب الجمعي مابين 57 و. 9 دقيقة .
ومع ذلك ، فإن هذه الطرق والإجراءات ينبغي أن يعمل بها على أساس من المرونة التي تراعي أن عدد الجلسات ووقت الجلسات إنما يتوقف على حاجات المتدربين وكذلك على ما يحرزه المتدربون من تقدم .

الجدوى من استخدام استراتيجيات (التدريب على التحصين ضد الضغوط) :
لقد قدمت برامج (التدريب على التحصين ضد الضغوط) في مجالات متعددة من الاستخدام والتطبيق. وقد صاحب ذلك أيضا عديد من البحوث التي تُقيّم مدى فاعلية هذه الاستراتيجيات في علاج الضغوط . وفي ذلك يستعرض (جارمكو) هذه البحوث في المجالات التالية (1) :
1 - التحصين ضد الضغوط الأكاديمية ، مثل قلق الاختبار Test anxiety ، وقلق التقويم Evaluation anxiety ، وقلق الكلام Speech anxiety والقلق الاجتماعي Social anxiety ، حيث توضح نتائج البحوث في هذا المجال جدوى التدريب على التحصين ضد الضغوط في تحسين نوعية الحياة في المؤسسات التعلمية .
2 - التحصين ضد الضغوط المهنية ، وهي بحوث عديدة تتعلق بالضغوط المرتبطة بالعمل أو ما يعرف بالضغوط المهنية Job stress ، والتي شاع استخدام مصطلح (الاحتراق المهني) Job burn-out للدلالة على شدة تأثير الضغوط المرتبطة بأعمال ومهن معينة، والاستعداد الشخصي لاضطراب الشخصية عند بعض الأفراد فيما يعرف بنمط الشخصية (أ) Type "A" personality.
3 - تطبيقات التحصين ضد الضغوط في مجال الطب السلوكي Behavioral Medicine ، حيث تناولت هذه البحوث جدوى استراتيجيات التحصين ضد تأثير العمليات السلوكية على الصحة والمرض،

والاضطرابات الطبية، والإجراءات والعمليات الطبية الضاغطة مثل فحوص المناظير Endoscopic examination وقسطرة القلب Cardiac catheterization والألم المرتبط بالحوادث والصدمات ، وكذلك تحسين عادات الطعام وعلاج التدخين والإدمان. كما أظهرت هذه الاستراتيجيات فاعليتها فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية الفيزيولوجية مثل التوتر العضلي Muscle tension وآلام الصداع Headache pain والصداع النصفي Migraine ، والربو Asthma ، وضغط الدم Hypertension وما ينطوي عليه من استعداد لمشكلات أو أمراض تتعلق بالدورة الدموية وأمراض القلب Cardiovascular وغير ذلك من الاضطرابات الجسمية. وقد أظهرت البحوث في هذا المجال نتائج تؤكد قيمة استراتيجيات التحصين في الإسهام في الوقاية والعلاج من هذه الاضطرابات.
4 - الضغوط الاجتماعية والبيئية ، وفيها اتجهت البحوث إلى تقدير فاعلية استراتيجيات التحصين ضد الاضطرابات المتعلقة بالضغوط الناجمة عن ضحايا الجريمة والعنف والاغتصاب والإرهاب والحروب واضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وكذلك ما يتعلق بالضغوط الأسرية وضغوط الوالدية .
لقد تناول (چارمكو) في ذلك البحوث المختلفة لتقدير فاعلية وجدوى استراتيجيات التحصين ضد الضغوط وضد الآثار اللاحقة لها على المدى القريب والبعيد في كل هذه المجالات ، ويخلص من هذا العرض إلى نتيجة عامة مفادها أن التحصين ضد الضغوط هو (منحى شامل Generic approach للوقاية من الاضطرابات المتعلقة بالضغوط) .

(رابعا) استراتيچيات العلاج بالتنويم المغناطيسي

يبرز من بين الأعراض الرئيسة الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة استعادة خبرة الحدث الصدمي من خلال المخيلة الإقحامية Intrusive imagery. ولكن ليس بالضرورة أن يؤدي تعرض كل فرد لخبرة صدمية إلى أن يتطور لديه اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فقد ينشأ هذا الاضطراب لدى بعض الأفراد، في حين لا ينشأ عند أفراد آخرين. وهنا يفترض بعض العلماء المهتمين باستخدام التنويم المغناطيسي Hypnotism في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD Hypnotherapy ، أنه يحتمل أن يكون الأشخاص الذين يتطور لديهم هذا الاضطراب أكثر قابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي، كما يتبين ذلك من نتائج بعض الدراسات (1) :
وقام (ستوتمان وبليس) (2) بتقسيم مجموعة من ستة وعشرين فردا من المحاربين القدامى بفييتنام إلى مجموعتين، إحداهما مرتفعة والأخرى منخفضة من حيث أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ووجدا أن المجموعة مرتفعة الأعراض أكثر قابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي بشكل جوهري من المجموعة ذات الأعراض المنخفضة. ولهذا، فقد صارت القابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي Hypnotizability محكا لتمييز حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة عن غيرهم من الأشخاص العاديين أو من فئات الاضطرابات النفسية الأخرى. ويتأكد ذلك من دراسات (سپيجل وهنت ودندرشاين) (3) ، التي قارنوا فيها القابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي باستخدام (صحيفة إحداث حالة التنويم المغناطيسي) Hypnotic Induction Profile (من إعداد سپيجل وسپيجل) بين 56 شخصا من المحاربين القدامى بفييتنام من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة و38 مفحوصا متطوعا من الأشخاص العاديين و511 مفحوصا من المرضى ذوي أنماط أخرى من الاضطرابات النفسية (اضطراب القلق المعمم، واضطرابات المزاج، والفصام). وقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانوا أكثر قابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي من الأشخاص العاديين والأشخاص الآخرين من فئات الاضطراب النفسية الأخرى . كما تبين من نتائج دراسات أخرى (4) أن الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية الأخرى كانوا أقل قابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي من الأشخاص العاديين. كما توضح نتائج هذه الدراسات تأثير التفكك Dissociation باعتباره عاملا يكمن وراء أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وبناء على ذلك، تشير نتائج هذه الدراسات بصفة عامة إلى أن التنويم المغناطيسي يمكن استخدامه كاستراتيچية تفيد في علاج هذا الاضطراب. ويحدد (برندي) أربعة أساليب يمكن من خلالها استخدام التنويم المغناطيسي في علاج

اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فيما يلي (1) :

(1) الطريقة التأييدية Supportive technique :

قد يستخدم التنويم المغناطيسي كطريقة تأييدية لتحسين قدرة الأفراد على التحكم في القلق وغيره من الخبرات المؤلمة الأخرى، وكذلك على تحسين اتجاههم نحو الثقة في المعالج. لذا يفضل استخدام التنويم المغناطيسي في التدريب على الضبط. والواقع إنه يمكن تبصيرهم بالحقيقة بأن بعض أعراضهم تعزى إلى ذات الحقيقة بأنهم يستخدمون التنويم المغناطيسي بالفعل دون أن يعلموا بأنهم يفعلون ذلك. بل وأكثر من ذلك، أن لديهم الموهبة لاستخدام التفكيك، ولكنهم لا يعرفون أنهم يمتلكون هذه الموهبة ، كما لا يعرفون كيف يتحكمون فيها حيث تعتبر جزءًا من المشكلة حتى الآن. وأخيرا، يمكنهم أن يتعلموا كي يتمكنوا من التحكم في هذه الموهبة لصالحهم . وغالبا ما تتم استجابة هؤلاء الأفراد إزاء ذلك عن نوع من الارتياح.

ويعتمد التنويم المغناطيسي، تحقيقا لهذه الأهداف ، على عدة فنيات أساسية ، تشمل : الاسترخاء، والمخيلة الموجهة إلى أماكن آمنة، وإيحاءات تقوية الأنا. كذلك يمكن تعلم هؤلاء الأفراد طرق التنويم المغناطيسي الذاتي Self-hypnotic technique. ويمكن استخدام التنويم المغناطيسي في جلسات علاجية فردية أو جماعية .

وغالبا ما يستخدم التنويم المغناطيسي بهذا التوجه في بداية العلاج لتحسين الاسترخاء ولزيادة الإحساس بالاستقرار. وفي هذا الإطار، عادة ما ينظر إلى التنويم المغناطيسي على أنه تدخل تلطيفي أو تسكيني Palliative intervention كي يشعر الفرد بارتياح أكثر في الكلام أو بثقة أكبر للآخرين .

ومع ذلك ، يمكن النظر إلى التنويم المغناطيسي على أنه أكثر من مجرد (مُسَكِّن) يوفره الاختصاصي الكلينيكي للمريض، فهو مغامرة مشتركة بين الاثنين، ويصير في الحقيقة خبرة تأييدية تدعيمية للتوظيف السوي للأنا Healthy ego – functioning. وتستخدم حالة الغشية Trance في إحياء المصادر النفسية الداخلية Intrapsychic resources التي فقدها الفرد بتأثير الصدمة. لذا يفيد التنويم المغناطيسي في تحسين الشعور بالأمن الداخلي، وفي التفكيك المفيد وتعلم الموضوعية، والشعور بالقوة، وإعادة التوجه نحو المستقبل. وهكذا، حالما يتم إحياء تلك المصادر وتوظيفها، فإنها يمكن أن تصير سندا قويا في عملية الاستشفاء من الصدمة (1) .

(2) الطريقة الكاشفة Uncovering technique :

يمكن استخدام طرق التنويم المغناطيسي في الكشف عن الخبرات الصدمية الدفينة أو المكبوتة، أي يستخدم هذا الأسلوب حينما يبدي الفرد حالة من النسيان للصدمة، ولكن لا يتم ذلك إلا على أساس مما يتحقق لدى الفرد من إحساس بالطمأنينة والارتياح باستخدام التنويم المغناطيسي، ومن توطد العلاقة القائمة على الثقة مع المعالج. وقد لاحظ (برندي) (2) أن الأعراض النوعية موضع الهدف، مثل الألم أو الأحلام المفزعة والمدمرة، يمكن استخدامها كمرشد لإجراء التنويم المغناطيسي. فعلى سبيل المثال، يمكن دعوة الفرد أثناء التنويم المغناطيسي إلى أن يأتي بالحلم بطريقة مغايرة للطريقة المروعة التي يتواتر بها ، ولذا تكون هذه الطريقة المغايرة أقل بثا للخوف أو الرعب في نفسه وتعطي الفرد والمعالج معلومات أكثر وضوحا عما يعن للفرد. ويمكن وصف هذه العملية بأنها (عملية مكاشفة رقيقة) Gentle opening – up process للكشف عن مكنونات الخبرة الصدمية . وعلى هذا الأساس ، حالما يتم إطلاق التداعيات لديه، تنشط آليات التنفيس لديه، أو تتم الاستعادة التدريجية لفاعلية الذاكرة.

ويقدم (لانكتون) (3) طريقة ذات قيمة يمكن استخدامها في الكشف عن خبرة الحدث الصدمي بالنسبة للفرد الذي يبدي خاصة رُهابا من الحدث الخفي. ويطلق على هذه الطريقة مصطلح (تفكيك الصورة المنبثقة) "Emanated) (image dissociation". وبناء على هذه الطريقة يطلب إلى الفرد أن يفحص

الصدمة في مخيلته. أما في الواقع، فإنه لا يفحص هذا الحدث إطلاقا بطريقة شعورية ، على الأقل في البداية . ثم يتم تنويم الفرد مغناطيسيا، وتقدم له إيحاءات (1) بأنه يتخيل صورة لنفسه، (2) وبأن الصورة المتخيلة تستدعي الحدث الصدمي عند نقطة منفصلة متميزة (على شاشة للأفلام المتحركة، مثلا). ويتكرر هذا الإجراء عدة مرات حتى يكون الفرد مستعدا لمشاهدة الحدث من دون المتغير الوسيط. وفي بعض الحالات ربما لا يوفر هذا التفكيك المزدوج Double dissociation حماية كافية للفرد، لذا يمكن أن تقدم صورة إضافية في هذا الإجراء. وبهذا يرى المريض الصورة (1)، ويمكن من خلال الصورة (1) أن يرى الصورة (2) ، وفي الصورة (2) يمكن أن تُشاهد الصدمة. وهنا حالما تنخفض حساسية الفرد بدرجة كافية، فإن الصورة (2) يمكن أن تدع الصورة (1) لمشاهدة الصدمة. وفي النهاية يتمكن الفرد ، وهو في حالة الغشية، أن يشاهد الصدمة (1).

(3) طريقة التنفيس Abreactive technique :

عادة ما يشير التنفيس في نسق التنويم المغناطيسي إلى الشخص الذي يحيي الحدث الصدمي في مخيلته بطريقة نشطة وهو في حالة الغشية . ويعتبر تفريغ المادة المكبوتة وإحياء الحدث أهدافا مهمة للعلاج بالتنويم المغناطيسي. وهنا تثار قضية مفادها أنه لا يكفي أن نجعل الفرد يستعيد خبرة الصدمة مرة أخرى. لذا تتطلب الطريقة الناجحة للتفريغ أن توجه الإجراءات العلاجية بالتنويم المغناطيسي لجعل الفردُ يكوِّن معنى جديدا مستخلصا من الخبرة القديمة . وفي ذلك تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج والفرد وما يوفره المعالج من سند وتيسر للفرد، بدور مهم في هذه العملية ، حيث لا يكون الفرد وحده في الخبرة ، ويستعيد خبرة الصدمة بطريقة يكون فيها أكثر تحكما في ذاته (2) .

يقدم بعض الباحثين مثالا لحالة إيضاحية في هذا الشأن يتعلق بحالة فرد من المحاربين القدامى بفييتنام، كان يتملكه شعور شديد بالذنب لأنه كان يعتقد أنه ارتكب أخطاء تسببت في تعرض فرقته للهجوم من كمين نصب لهم. والواقع إنه لا يستطيع أن يتذكر كلية الخبرة الفعلية للمعركة. وقد طلب إليه ، وهو في حالة من الغشية، أن يستعرض الخبرة الكلية للمعركة بطريقة موضوعية. وقد اكتشف بناء على ذلك أنه حتى على الرغم من أنه شعر بأنه أتى بشيء خاطىء، إلا أنه في الواقع لم تصدر عنه أخطاء فادحة (3)

(4) الطريقة التكاملية Integrative technique :

إن خبرة الفرد السابقة بذاته (على أنه شخص مقتدر يمتلك الإرادة والاختيارات والضبط) تتفكك على أرضية الحدث الصدمي. ويبرز في مقدمة بنية الذات ويسيطر علىها ذلك الإحساس بالعجز والخوف والمهانة والضرر، وخاصة أثناء الطور الإقحامي لتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة . ويعني ذلك أن وحدة الذات تتعرض للتصدع والتجزؤ بتأثير الصدمة . أما لماذا يلجأ الأشخاص ذوو اضطراب الضغوط التالية للصدمة إلى تجزئة جوانب الخبرة الصدمية أو تفكيكها ، فيعزى إلى أنهم لا يستطيعون مواجهة الخبرة الصدمية الغامرة، بما تتضمنه من إحساس بالضرر والمهانة. ولهذا تتضمن مرة أخرى مشكلة خبرة الفرد بذاته كوحدة كلية صعوبة في الاحتفاظ في الوقت نفسه بكل من الذات المتضررة والذات السوية في مقدمة بنية الذات.

وقد تأخذ التجزئة في الشخصية أشكالا عدة، منها (الذات الضحية) Victim self (توحد الفرد مع ذاته باعتباره ضحية) و(الذات القاتلة) Killer self (التوحد مع المعتدي) و(الذالت الواقية) Protective self (اتخاذ مواقف دفاعية) (1) . وقد ترتبط الجوانب المفككة من الذات ببعضها خوفا من الامتهان والغضب والذنب . وقد لوحظ لدى حالات عدة من الاغتصاب ميل إلى التجزئة يأتي بين (الذات الضحية العاجزة) و (الذات القوية) ، حيث تبدو المشكلة في أن إحساس المرأة بالقوة يهدره إحساسها بالغضب من أنها تعرضت للاغتصاب. وعلى ذلك يعتبر الغضب والقوة جانبين منشطرين عن بقية الذات.

ولهذا يمكن استخدام التنويم المغناطيسي في تيسير إحداث التكامل للجوانب المجتزأة من الشخصية· وفي ذلك يتحدد الهدف العام بالنسبة للفرد في التحقق من أن كل جانب من الذات له قيمة في ذاته ولذاته، كما أن لكل جانب قيمة بالنسبة للأجزاء الأخرى· وهنا على الفرد أن يتحقق كذلك من أن هذا الانفصال بين الأجزاء يمثل الجانب الأكثر إشكالية في سعيه إلى الحل ·

وثمة تقدم واضح في استخدام التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يتمثل في التركيز على مساعدة الأفراد على أن يطوروا توجهاتهم المستقبلية، إذ إن من بين المشكلات الرئيسة لحالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ميلهم إلى النظر إلى الوراء ، في الماضي، وليس إلى الأمام ، للمستقبل. ولهذا، فمن الأهمية بمكان في استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي الربط بين الخبرات المتعلمة حديثا لدى الفرد وبيئته الاجتماعية الحالية والمستقبلية، ذلك أن جانبا كبيرا من فشل العملية العلاجية باستخدام التنويم المغناطيسي التقليدي يعزى إلى عدم الاهتمام بهذا الجانب المهم من العلاج(1) ·

تلك نماذج من استراتيچيات استخدام التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة· ويتحدد مدى ملاءمة أي من هذه الأساليب ليكون أكثر ملاءمة للحالات موضع الاعتبار ، وفق عدد من المتغيرات ، تشمل (2) :

(1) ألفة المعالج وخبرته باستخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي·
(2) نوعية العلاقة العلاجية بين المعالج والفرزد·
(3) قوة الأنا لدى الفرد·
(4) طبيعة الدفاعات لديه·
(5) القابلية للإيحاء بالتنويم المغناطيسي·
(6) المرحلة العلاجية التي يتم فيها استخدام التنويم المغناطيسي·
(7) درجة الاتصال بين المعالج والفرد·
(8) الموقع أو المكان (العلاج لمريض يقيم بالمستشفى مقابل العلاج لمريض خارج المستشفى)·
(9) الأهداف العلاجية في الوقت الحالي·

والواقع إن ثمة دلائل في هذا الشأن قد تشير إلى بعض المحاذير من استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي، يأتي في مقدمتها أن السبب الأكثر أهمية لتجنب استخدام التنويم المغناطيسي هو حينما لا يثق المعالج في الفرد؛ إذ إن عدم الثقة في المريض يعني بصفة عامة أنه ليست لدى المعالج فكرة عن الكيفية التي سوف يستجيب الفرد بها·

وعلى الرغم من هذه التحفظات ، تشير نتائج بعض الدراسات والخبرات الكلينيكية لدراسات الحالة إلى فاعلية استخدام التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وإلى أنه كلما ازدادت القابلية لدى الفرد للإيحاء بالتنويم المغناطيسي، تزداد فاعلية استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي، على الأقل حينما يطبق بواسطة معالج اختصاصي في استخدام هذا النوع من العلاج في المواقف المناسبة (3) .

(خامسا) الأساليب الحيوية والفارماكولوچية في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يبدو أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يرتبط بطائفة من الاختلالات في الأنظمة الحيوية (البيولوچية) المتعددة وعلى الرغم من أن البحوث المنظمة في هذا الميدان مازالت في مرحلة مبكرة نسبيا، فإنه تتوفر نتائج ليست بالقليلة تجمعت من عدة دراسات تجريبية تفترض أن الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة يخبرون تغيرات محددة – فيزيولوچية، وعصبية – فارماكولوچية، وعصبية – غُدِّية· وإضافة إلى

ذلك، يتوفر أيضا من نتائج الدراسات التجريبية التي أجريت على الحيوانات وبناء على النموذج الحيواني، دلائل يمكن تطبيقها بشكل مباشر على اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل تجارب الخوف الإشراطي، والعجز المتعلم إزاء صدمة لا يمكن تجنبها. ولكن تطور البحث في هذا المجال، وبخاصة استنادا إلى الاستراتيجيات الكيميائية الحيوية والفارماكولوجية، أحدث طفرة كبيرة في الكشف عن اختلالات في نشاط الأدرينالين Adrenergic وفي المنظومة تحتنة المهاد – النخامية – الكظرية Hypothalamic – pituitary – adrenocortical system وفي إفراز المـادة الأفيونيـة المتكونة من داخل الجهاز العصبي. وفي ذلك يحدد (فريدمان) ، استخلاصا من نتائج بحوث متعددة ، عدة تغيرات فيزيولوجية مرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلي(1) :

(1) الاستثارة السمبثاوية العالية:

(أ) ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط الدم في حالة السكون أو الاسترخاء.

(ب) الاستجابية الزائدة للمنبهات المحايدة.

(حـ) الاستجابية الزائدة للمنبهات الشبيهة بالصدمة.

(2) الاستجابة الترويعية المبالغ فيها:

أ – انخفاض العتبة الفارقة.

ب – زيادة حجم الاستجابة .

حـ – فقدان القدرة على كف الاستجابة الترويعية .

(3) اضطراب النوم والأحلام:

أ – انخفاض نوعية النوم : 1 – زيادة فترة كمون النوم، 2– نقص فترة النوم

3– زيادة الحركة، 4– زيادة فترات اليقظة.

ب – اختلالات محتملة في أسلوب النوم (تناقص موجة النوم المنخفضة).

حـ – أحلام مزعجة (كوابيس) متعلقة بالصدمة.

(4) اضطراب الجهد اللحائى المثار Evoked Cortical Potential :

أ – نمط منخفض في جهد الاستجابة للمنبهات المحايدة.

كما يحدد (فريدمان) عدة اختلالات عصبية هرمونية Neurohormonal وعصبية غدية Neuroendocrinological مرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلي(1) :

(1) زيادة نشاط الأدرينالين Adrenergic hyperactivity :

أ – ارتفاع مستويات مادة الكاتيكولامين Catecholamines في البول أثناء فترات السكون أو الاسترخاء.

ب – ارتفاع مستويات الكاتيكولامين بعد تعرض الفرد لمنبهات شبيهة بالصدمة.

حـ – انخفاض تنظيم مستقبلات ألفا–2 Alpha–2 ومستقبلات بيتا Beta للأدرينالين .

د – استجابات الهلع والارتجاعات.

(2) اختلالات في المحور تحتي المهاد – النخامي – الكظري – Hypothalamic – Pituitary – Adrenocortical Axis :

أ – تناقص مستويات الكورتيسول الخالص freecortisol في البول.

ب – زيادة مستقبلات الهرمون الكظري السكري Glucocorticoid receptors .

حـ – الحساسية المفرطة لمادة الديكساميثاسوس.

(3) اضطراب منظومة إفراز مادة الأفيون Opioid System Dysregulation :

أ – انخفاض عتبة الإحساس بالألم أثناء فترات الراحة.

ب – فقدان الإحساس بالألم الذي تستدعيه الضغوط.

حـ – انخفاض مستويات مادة بيتا – إندورفين Beta-endorphin .

د – اضطراب العملية الأيضية في الدماغ الخلفي Met – enkephalin metabolism.

وعلى الرغم مما تكشف من نتائج دراسات متنوعة عن هذه التغيرات والاختلالات الحيوية والعصبية، فإن الأساس الحيوي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لا يزال موضع بحث لاستكمال معرفتنا وفهمنا الكامل لهذا الجانب المهم من طبيعة هذه الفئة الكلينيكية.

ولهذا فإن استراتيچيات العلاج الطبي لاتتحدد بمستوى معين من المرض أو الاضطراب ، ولكن بمبدأ كلينيكي يقرر : ما العلاج الذي يحتمل أكثر أن يجعل هذا المريض يشعر، أو يؤدي وظائفه، بشكل أفضل؟ وبطبيعة الحال تختلف الإجابة بالنسبة لمختلف الحالات. وفي ضوء ذلك، واعتبارا لما تحقق من نتائج خاصة بالعلاج الطبي لحالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة من المحاربين القدامى، تبرز عدة محاولات كلينيكية واضحة لهذا النوع من العلاج فيما يلي :

مضادات الاكتئاب Antidepressants :

تفيد مضادات الاكتئاب ، وخاصة (مضادات الاكتئاب ثلاثية الدورة (Tricyclic Antidepressants TCA))، و(مثبطات الإنزيمات المؤكسدة أحادية الأمينات) Momoamine Oxidase Inhibitors MAOI)) ، و(مثبطات إعادة الامتصاص الانتقائي للسيروتونين) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) في كبح النشاط الفيزيولوچي الزائد ، أو تحسين دورة النوم / الأحلام المضطربة، أو إضعاف الاستثارة السمپتاوية الزائدة، أو خفض القلق. والواقع إن مضادات الاكتئاب تعتبر الآن بمثابة الخط الأول للعقاقير التي تستخدم بفاعلية في علاج اضطرابات القلق ، بما فيها اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويتضمن الجدول التالي الفئات الرئيسة لمضادات الاكتئاب (1) :

ومما يجدر التركيز عليه، أن الاختصاصي الكلينيكي ينبغي أن يضع في اعتباره استراتيجيات أخرى، وذلك حينما تخفق مضادات الاكتئاب أو تكون ذات فاعلية محدودة أو جزئية. فكل موقف جديد يتطلب تحليلا للمزايا والأخطار، الأمر الذي قد يستلزم تغيير عقار بآخر، أو استخدام مجموعة متزاملة من العقاقير. ويفيد في ذلك توفر طائفة واسعة من العقاقير المختلفة التي يختار منها المعالج ما يناسب الحالة.

خافضات القلق Anxiolytics :

يمكن أن تفيد هذه الفئة من العقاقير في علاج بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويتمثل ذلك خاصة في مهدئات البنزوديازيپاين Benzodiazepine tranquilizers ، مثل الديازيپام Diazepam واللورازيپام Lorazepam والكلونازيپام Clonazepam ، التي يمكن أن تساعد على التحكم في القلق الهائم، والاستجابة الترويعية، وفرط التيقظ، ونوبات الهلع. ولكن الاستخدام طويل المدى لمثل هذه العقاقير قد يسبب صعوبات بسبب احتمالات التحمل وسوء الاستخدام والإدمان. لذا قد تتحفظ بعض المؤسسات عن استخدام هذا النوع من العلاج (1) .

موازنات المزاج Mood Stabilizers :

لقد تبين أن عقاقير الليثيوم Lithium والكاربامازيپاين Carbamazepine والصوديوم فالپروت Sodium valproate وغيرها من العقاقير التي تثبتت فاعليتها في علاج اضطراب المزاج ثنائي القطب Bipolar mood ، يمكن تطبيقها أيضا في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولكن مثل هذه العقاقير تتطلب تقديرا منتظما لمستويات الدم، لأنها قد تتسبب في إحداث آثار ضارة حادة حينما تزيد المستويات العلاجية

باستخدام هذه العقاقير(2).

مضادات الذهان Antipsychotics :

قد توصف مضادات الذهان، مثل عقار هالوبيريدول Haloperidol وكلوروبرومازين Chlorpromazine ، لعلاج الأشخاص الناجين من الصدمات والباقين على قيد الحياة من الحروب والكوارث. وتفيد في مساعدتهم على النوم، وفي خفض السلوك القهري، ولكنها قد تنطوي على آثار جانبية شديدة مثل اضطراب الحركة. لذا لا يوصى باستخدام هذا النوع من العقاقير إلا إذا كانت حالة الشخص قد تطورت وأخذت بعض أعراض الذهان أو اضطراب الشخصية الحدي أو التدمير الذاتي(3) .

ويبدو مما سبق عرضه من هذه الأنواع من العقاقير التي يمكن استخدامها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أنها تمثل علاجات خاصة بفئات أخرى من الاضطرابات، ولكنها تفيد بأشكال ودرجات مختلفة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وإن لم يتوفر بعد العلاج الأصلي الفعال الذي يستخدم نوعيا لهذا الاضطراب . ومع ذلك، فلقد ثبتت فاعلية استخدام بعض هذه العقاقير وخاصة إذا كانت الخطة العلاجية تضع في اعتبارها بالضرورة في معظم الحالات أن تتفاعل استراتيچيات العلاج الطبي مع الاستراتيچيات النفسية. وربما يقدم (چورج إيفرلي) نموذجا لهذا التوجه ، كما نعرضه فيما يلي :

العلاج المعرفي العصبي 1) Neurocognitive Therapy) :

يتتبع (إيفرلي) أصول هذا المنحى التفاعلي للعلاج إلى (كاردنر) (2) الذي يعتبر الزملة التالية للصدمة Posttraumatic syndrome على أنها مظاهر لما يسميه (العصاب الفيزيولوچي) ("Physioneurosis") . وهذا المصطلح تجسيد للاتجاه الذي يقرر أن زملة الضغوط التالية للصدمة تعكس ذلك التناسج المحكم بين الظاهرات النفسية الاجتماعية والفيزيولوجية. ويبدو من استعراض المحكات التي يقررها (كاردنر) أن الأساس الفيزيولوچي للزملة التالية للصدمة يتحدد في فيزيولوچيا الاستثارة Arousal ؛ أي استثارة الجهاز العصبي المركزي CNS والأجهزة العصبية التلقائية مع ما تتضمنه من آليات متعددة ومتنوعة من المستجيبات الطرفية Peripheral effector mechanisms. ويتفق هذا مع ما يقرره (فان در كولك)) (3) من أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعتبر مظاهر مرضية لعجز الفرد عن التحكم في الاستثارة. ولهذا يعتبر بعض الباحثين، مثل (فوي وزملائه) (4) ، أن أعراض الاستثارة معالم رئيسة للزملة التالية للصدمة ويمكن استخدامها بالتالي كمحكات تشخيصية .

وتكشف البحوث العصبية الغُدِّية التي قام بها (ماسون وزملاؤه) (5) ، عن أن الأشخاص الذين جرى تشخيصهم على أنهم حالات لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، أبدوا معدلات عالية غير عادية من النوريبينيفرين /كورتيسول Norepinephrine/cortisol مقارنة بأشخاص شخصوا على أنهم حالات من الاكتئاب أو الفصام. ويعكس ذلك أيضا حالة النشاط الزائد للمحور العصبي الغدي السمبثاوي Sympathetic neuroendocrine axis ، وكذلك الاستثارة العالية للمحور تحتي المهاد – الكظري Hypothalamic – adrenal cortical axis مع ما يفرزه من الهرمونات اللحائية السكرية Glucocorticoid hormones أي الكورتيسول .

يتضح ذلك بشكل محدد فيما يقدمه (ولسون) (1) من تحليل للمكونات الأساسية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتشمل :

1 – زيادة نشاط الكاتيكولامين Catecholaminergic activity .

2– زيادة التوتر العصبي العضلي Neuromuscular tension.

3 – عمليات اجترارية Ruminative processes.

4 – تناقص الإحساس بالضبط الذاتي.

واستنادا إلى هذه الدراسات التي يستعرضها (إيفرلي) (2) ، يقدم نموذجه عن زملات الاستجابة للضغوط ، بما فيها زملة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فيما يعرف بـ(نموذج العاملين للتكوين العصبي المعرفي للاستثارة) Two – factor" neurocognitive construct ، وتتضمن:

1 – الاستثارة المرضية الواسمة Pathognomonic arousal·

2 – عمليات معرفية – انفعالية تعمل على توليد الاستثارة أو تحريكها ·

ويشكل هذا النموذج منحى تكامليا لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يعرف بالعلاج العصبي المعرفي الذي يتعامل مع هذه الفئة من الاضطرابات على أساس من وجود اختلال وظيفي في مكونيها الأساسيين، وهما : الاستثارة النفسية الفيزيولوچية الواسمة المرضية ، والعمليات المعرفية والانفعالية الاستدعائية الاجترارية· ولهذا تتضمن خطة العلاج العصبي المعرفي تدخلا علاجيا يتضمن هذين الجانبين . وقد تبين من نتائج استخدام هذه الاستراتيچية العلاجية أن التدخلات العلاجية في الجانب الفيزيولوچي العصبي، مثل الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية وبعض العقاقير النفسية، ذات فاعلية في خفض الاستثارة المرضية، وكذلك خفض الحساسية العصبية Neurologic desnsitization· أما الاستراتيچيات العلاجية النفسية، فهي موجهة إلى الجانب المعرفي – الانفعالي، حيث تتباين في استخداماتها للأساليب المعرفية أو السلوكية ·

ومع ذلك ، يقرر (إيفرلي) (1993، 1) (. .P. 8) : (أن العلاج العصبي المعرفي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة يعارض الميل إلى فرض استراتيچيات علاجية نوعية، ولكنه بالأحرى يوجه التدخلات العلاجية بطريقة متكاملة نحو المكونات الرئيسة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهي : الاستثارة النفسية الفيزيولوچية الواسمة (الجانب العصبي)، والعمليات المعرفية – الانفعالية الاسترجاعية الاجترارية التي تعتبر باعثة على الضيق والألم في حد ذاتها وتعمل على توهج الاستثارة (الجانب المعرفي – الانفعالي) ··· وبالتالي فإن العلاج الناجح لاضطراب الضغوط التالية للصدمة مشروط بخفض حالة الاستثارة المرضية إلى مستوى تعادل التوازنHomeostatic modulation داخل نطاق من التوظيف غير المرضي لطاقات الفرد وفاعلياته في الحياة) ·

الاستراتيجيات الاجتماعية
(نظام التكافل الاجتماعي و العلاج الأسري)

تمهيد :

غالبا ما تركز استراتيچيات التدخل العلاجي على التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة على المستوى الفردي أو مستوى المجموعات الصغيرة، بهدف استعادة الصحة النفسية والفاعلية في الحياة لدى الأفراد الذين تعرضوا لخبرات صدمية· وإلى جانب ذلك، تركز استراتيچيات علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة أيضاً على سياسة للصحة النفسية للتعامل مع الأحداث الصدمية والضغوط التالية للصدمة على المستوى المجتمعي والوطني تهدف في الأساس إلى تعبئة المصادر المجتمعية المختلفة في إطار شبكة للتكافل الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية Social support networking تتضمن الهيئات والمؤسسات التشريعات والمصادر الثقافية والدينية، وتوظيفها على نحو يساعد الفرد والأسرة والجماعات الاجتماعية على استعادة فاعلياتها· لذا يعتبر الاهتمام بالبعد الاجتماعي في التعامل مع آثار الأحداث الصدمية ركنا أساسيا

من علم الصدمات ومن نظرية الأزمة ٠

وتتوقف فاعلية استثمار مصادر المجتمع والثقافة في مواجهة آثار الصدمات على توظيف شبكة التكافل الاجتماعي Social support network باعتبارها مدخلا وظيفيا للاستراتيجيات الوقائية والعلاجية للضغوط التالية للصدمة ٠

يشير التكافل الاجتماعي إلى عدة معان ، ولكن بالرغم من ذلك تتضمن معظم تعريفاته المكونات التالية (1) :

1 - المساندة الانفعالية Emotional support : وتقوم على تزويد الفرد بالمعلومات التي يستعيد من خلالها إدراكه لذاته وإدراك الآخرين له بأنه شخص محبوب ، وموضع رعاية وتقدير من الآخرين ، وكذلك توفير الفرص المناسبة أمام الفرد للتعبير عن مشاعره وأفكاره ومعتقداته (2) ٠

2 - تبادل الالتزام Reciprocity of obligation : ويتضمن هذا النوع من التكافل تقديم المعلومات التي تعزز من شعور الفرد بالمعية والمشاركة والانتماء والولاء، وبأنه جزء من نظام للتكافل في المجتمع يقوم على العون والالتزام المتبادلين(1)٠

3 - المساعدة الموجهة نحو المهام Task-oriented assisstance : وتقوم على تقديم المساعدة المباشرة، وما تتضمنه من تقدير لعامل الوقت، ومن المعلومات والمواد (2) ٠

4 - المعلومات المتعلقة بالمواجهة Coping-related information: وتتحقق من خلال توفير معلومات التغذية الراجعة Information feedback عن ملاءمة مخاوف الفرد ومعتقداته وآرائه كرد فعل طبيعي للصدمة، وعن تعديل مخططاته المعرفية (3) ٠

وعلى أساس هذه المكونات يتحدد مفهوم التكافل الاجتماعي Social support بأنه نظام توفره كل من الأسرة والآخرين المعنيين من الأقارب والأصدقاء والزملاء، ويعني (الدرجة التي يدرك عندها الفرد أنه يمكن أن يعتمد على فرد أو أكثر من أجل المساعدة سواء كانت مساعدة عملية أو مادية ملموسة٠٠ أو مساعدة انفعالية أو كليهما ، وذلك في الأوقات التي تنشأ فيها الحاجة إلى الحصول على المساعدة من الآخرين) (4) ٠

أما الشبكة الاجتماعية Social network ، فهي السياق الذي يجري فيه أداء نظام التكافل الاجتماعي لوظائفه، وتشير إلى المجتمع الشخصي للفرد وعلاقاته بالأقارب والأصدقاء والجيران والمعارف وزملاء الدراسة أو العمل، وغير ذلك من الآخرين المعنيين الذين يتفاعل معهم (5) .

وتتبدى وظيفية التكافل الاجتماعي في أوقات الأزمات وفي التعامل مع الضغوط التالية للصدمة في أنها تعمل كحواجز أو مصدات تقي الفرد والجماعة الاجتماعية من الاضطراب أو الانهيار أو تخفف من وطأة تأثير الحدث الصدمي ومن تداعياته، كما تعمل بالتالي على تيسير عملية التكيف وتقوية مهارات المواجهة (6)٠

أما وظائف التكافل الاجتماعي، فيحددها برنامج جامعة پوردو بالولايات المتحدة الأمريكية في خمس وظائف رئيسة تبدو على درجة كبيرة من الأهمية لأي فرد في الأوقات التي تنشأ فيها الحاجة إلى التكافل الاجتماعي، وبخاصة للأفراد ذوي أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة٠ وتشكل هذه الوظائف الأساس لأداة تشخيصية تعرف بـ (مقياس پوردو للتكافل الاجتماعي) Purdue Social Support Scale ولبرنامج بحثي واسع٠ وفي ذلك تتحدد وظائف التكافل الاجتماعي فيما يلي (1) :

1 - وظيفة المساندة الانفعالية Emotional support: وهي إبداء الرعاية والارتياح والحب والعطف والتعاطف للشخص الضحية. وتعني هذه الوظيفة بالتالي المدى الذي تتوفر لنا عنده قناعة بأن الشخص المساندSupporter يقف إلى جانبنا٠

2 – وظيفة التشجيع Encouragement: وتتضمن التقدير والإطراء والمديح وغير ذلك من نواحي المعززات الموجبة التي يقدمها الشخص المساند. وتعني هذه الوظيفة كذلك المدى الذي يمكن عنده استنهاض الهمة، من خلال تشجيع الشخص المساند، لدى الأشخاص المصدومين كي يشعروا بالشجاعة والأمل، وكي يغالبوا المواقف الصعبة التي يواجهونها.

3 – وظيفة النصح Advice : وهي عبارة عن معلومات مفيدة من أجل حل مشكلة من المشكلات. وهي تعني أيضا المدى الذي يشعرون عنده بالحصول على معلومات أفضل عن طريق التفاعل مع الشخص المساند.

4 – وظيفة الرفقة Companionship : وتعني مقدار الوقت الذي يقضيه الشخص الضحية أو الأشخاص المصدومون مع الشخص المساند، وكذلك الأشياء أو المهام التي يؤدونها معا ويدركونها على أنها مُبْهِجَة أو سارة، وبالتالي تعني هذه الوظيفة أيضا ذلك المدى الذي لا نشعر عنده بالوحدة أو العزلة .

5 – وظيفة المساعدة العملية الملموسة Tangible aid: وتتضمن مصدرا عمليا يقدمه الشخص المساند، مثل تقديم المساعدة في أعمال يومية مختلفة، وتوفير المواصلات ، وتقديم أو إقراض النقود، وشراء اللوازم والاحتياجات الضرورية ، أو غير ذلك من المساعدة المحددة والملموسة، وبالتالي تعني هذه الوظيفة ذلك المدى الذي نشعر عنده بالتخفيف عن كواهلنا إزاء بعض الأعباء.

تلك وظائف رئيسة يمكن أن يحققها التكافل الاجتماعي للأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية لأن نظام التكافل الاجتماعي يرتبط بوضوح بالاستقرار الانفعالي لدى الناس بصفة عامة وبسرعة الاستشفاء واكتماله لدى الأشخاص ضحايا الأحداث الصدمية بصفة خاصة . ولهذا أيضا يعتبر التكافل الاجتماعي جوهر التكافل الأسري أو المساندة الأسرية.

دور الأسرة في خفض الضغوط الصدمية ومواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) :

تعمل الأسرة بصفة خاصة ونظام التكافل الاجتماعي الكلي بصفة عامة بمثابة ظهير مضاد لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتتحقق استراتيجية توظيف الأسرة في التعامل مع الضغوط التالية للصدمة من خلال عدة أساليب. وهنا يتأكد أن الأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية يجاهدون في سبيل التحكم في الانطباعات والذكريات التي تغمرهم ، وفيما يسميه (فيجلي) بالاستقراء الصدمي Traumatic induction – وهو دمغ انطباعات الإحساسات والانفعالات المتعلقة بالخبرة الصدميةوالمرتبطة بالشعور بالعجز وبفقدان القدرة على الضبط. ولهذا فإن الشخص الضحية يسعى في مجاهدته إزاء الضغوط التالية للصدمة إلى محاولة الإجابة عن خمسة أسئلة ، هي :

1 – ما الذي حدث لي ؟

2 – كيف حدث ذلك ؟

3 – لماذا أنا ؟

4 – لماذا تصرفت بالطريقة التي سلكت بها ؟

5 – ما الذي سأفعله إذا وقعت كارثة أو أحداث أخرى ؟

ويعتبر (فيجلي) أن الإجابة عن هذه الأسئلة تعمل بمثابة ظهير مضاد لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتعبر هذه الإجابات عن عمليات من المجاهدة المعرفية Cognitive struggle لدى ضحايا الكوارث والصدمات، كما تعكس الأساليب التي يحاول بها هؤلاء الضحايا وأسرهم أن يتحكموا في العوامل الضاغطة المختلفة أو أن يواجهوها. وهنا يقرر (فيجلي) أنه طبق نموذج المجاهدة المعرفية هذا على

فئات الكوارث والأحداث الصدمية المختلفة والتي تشمل : أمراض الطفولة المزمنة، وإدمان المخدرات لدى المراهقين، والموت، والبطالة، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية، والحروب، والأسرى، وضحايا الإرهاب. وبناء على ذلك، يحدد (فيجلي) عدة أساليب تحقق الأسرة من خلالها وظيفتها في معالجة الضغوط التالية للصدمة، فيما يلي (1) :

1 - استكشاف الأعراض Detection of symptoms : فما تتمتع به الأسرة من خصائص فريدة ، مثل الوحدة والحب والتقارب والألفة والمماثلة بين أعضائها ، يجعل أعضاء الأسرة أكثر إرهافا وحساسية لمشاعر بعضهم بعضا ولتصرفاتهم، الأمر الذي يجعلهم قادرين على الفور على استشفاف ما يعن لأحدهم أو لبعضهم من متاعب أو صعوبات، وبالتالي يحاولون اتخاذ أنسب الأساليب لمساعدتهم· وتتبدى أهمية ذلك خاصة في التعامل مع الأحداث الصدمية مثل الحروب والأسر والتعذيب وأحداث الحياة·

2 - مواجهة المشكلة Confrontation of the problem : يحتل أعضاء الأسرة موقعا رئيسا يمكنهم منه حث الشخص الضحية من أعضاء الأسرة على مواجهة المشكلة ومساعدته على مواجهتها · ويستطيع أعضاء الأسرة، بطريقة منظمة وبأساليب متنوعة ، دفع بعضهم بعضا إلى مواجهة المشكلة والتعامل معها ·

3 - الإعادة المختصرة للحدث الصدمي Recapitulation : يتمثل الأسلوب الثالث الذي به تقدم الأسرة مساندة اجتماعية للضحية أو الضحايا من أعضائها في مساعدتهم على إعادة النظر في الأحداث الصدمية ومراجعتها - وهو ما يعرف بعملية الإعادة المختصرة· وفي ذلك يمتلك أعضاء الأسرة القدرة على مساعدة الشخص الضحية على استدعاء المزيد من المعلومات الإضافية التي تفيد في النظر إلى الأحداث الصدمية من منظور أكثر وضوحا، وفي تصحيح الانطباعات والصور ووجهات النظر التي ارتبطت بمشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم تقدير الذات وغير ذلك من دلائل اضطراب الضغوط التالية للصدمة·

4 - حل الصراعات التي تستدعيها الصدمة Resolution of the trauma - inducing conficts: وتفيد الأسرة بشكل هائل، في هذا الأسلوب الرابع من أساليب تقديم المساندة الاجتماعية لأعضائها، في مساعدة أحد أو بعض أعضائها من ضحايا الصدمات على العمل على استيعاب الخبرة والصراعات الصدمية والتعامل معها ومواجهتها· وهنا يعمل عضو الأسرة بمثابة مُيَسّر (على أساس من السلبية أو الإيجابية، أو الكشف عن الذات المتبادل أو من جانب واحد، أو المواجهة أو عدم المواجهة) للشخص الضحية في الأسرة عن طريق تشجيعه على الإفصاح عن خبراته المضطربة في الوقت نفسه الذي تجري فيه عملية إعادة بناء لأفكاره وتصوراته ومعتقداته، وذلك بواسطة (أ) إيضاح الاستبصارات، و(ب) تصحيح التحريفات المعرفية، و (حـ) تقييم الاتجاه نحو لوم الذات أو نحو المبالغة في تقديرها وذلك بطريقة أكثر موضوعية، و (د) تقديم أو دعم أفكار جديدة أو أكثر دقة وإيجابية عن الحدث . ومثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستخدمها الأسرة في التحكم في الضغوط الصدمية ومواجهتها ، ترتكز على عدد من الخصائص يحددها (فيجلي) فيما يلي (1) :

1 - تقبل الحدث الصدمي·

2 - المشكلة المتمركزة على الأسرة·

3 - المشكلة الموجهة نحو الحل·

4 - درجة عالية من التحمل ·

5 - الالتزام والمسئولية مع تأكيد الروابط الوجدانية ·

6 - التواصل ·

7 - التماسك·

8 - الأدوار المرنة·

9 - الاستفادة من المصادر واستخدامها ·

. 1- تجنب العنف وسوء استخدام العقاقير.

ووفقا لهذه الخصائص ، تتوفر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم المساندة والدعم لأحد أو لبعض أعضائها.

ومع ذلك، ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها، قد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور. وتلك مفارقة تستحق الاعتبار ؛ ذلك أنه للأسباب نفسها التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فعال في مساندة أعضائها على مواجهة الضغوط التالية للصدمة، تكون الأسرة ذاتها مستهدفة كذلك لأن تخبر ضغوطا صدمية في سياق هذه العملية نفسها. والسبب في ذلك هو عاملا الحب والتعاطف الوجدانيEmpathy اللذان يميزان نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة. فجوانب القوة وكذلك جوانب الضعف تكمن في هذا العامل، وبالتالي فإن أعضاء الأسرة يقومون بدور فعال في مساندة بعضهم بعضا، ولكنهم مستهدفون أيضا لعواقب تلك المساعدة من خلال تلك الآلية نفسها (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فعالين للغاية في أداء هذا الدور. ولهذا كثيرا ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو الضحية إلى بقية أو بعض أعضاء الأسرة، حيث يصيرون ضحايا كذلك من خلال ما يعانيه أحدهم من خبرة صدمية – وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة ينبغي أن توضع في الاعتبار في استراتيچيات علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك ما تكشف عنه الدراسات والبحوث التي تناولت تناقل آثار اضطراب الضغوط التالية للصدمة وامتدادها من جيل إلى آخر في الأسرة والمجتمع.

علاج الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة : (نموذج من الاستراتيچيات الوطنية لعلاج أُسَرِ الأسرى) :

تتطلب الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة رعاية خاصة من خلال الأساليب الوقائية والعلاجية التي تأخذ غالبا توجها استراتيچيا على المستوى الوطني. ونسوق في هذا الصدد نموذجا قدمه (فيجلي) لأسر الأسرى الأمريكيين في إيران في مطلع الثمانينات من خلال فريق عمل برئاسة (فيجلي) كونته الحكومة الفيدرالية في إطار برنامج شامل لمساندة عائلات هؤلاء الأسرى. وتضمنت فاعليات هذا البرنامج تقريرا من ستمائة صفحة. وفي ضوء ذلك نعرض للمبادىء الأساسية للسياسة الاجتماعية والاستراتيچيات العلاجية الموجهة لمساعدة الأسرة الضحية وبالتالي مساعدة الضحايا المباشرين في هذه الأسر، فيما يلي (1) :

العلاج الأسري باعتباره سياسة اجتماعية : ينبغي النظر إلى أعضاء أسر الضحايا على أنهم مستهدفون كذلك لمعاناة الصدمة الانفعالية المرتبطة بالحدث الصدمي، في حين نعتمد عليهم في الوقت نفسه باعتبارهم ركيزة مهمة ومصدرا أساسيا لمساعدة الضحايا من أعضاء الأسرة على الاستشفاء. ولهذا ينبغي أن تتوجه الهيئات والمنظمات الحكومية والأهلية وكذلك وسائل الإعلام في خططها وبرامجها الخاصة برعاية أسر الضحايا لتشمل ليس مجرد الدعم المادي ولكن أيضا المساندة النفسية الاجتماعية للأسرة الضحية كمنظومة متكاملة تحوي كل أعضاء الأسرة من الضحايا المباشرين وغير المباشرين .

ولهذا يؤكد الخبراء والمسئولون ضرورة إقرار سياسة اجتماعية لمساندة الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، قوامها برامج تعلمية عامة Public – education programs تؤكد أهمية الأسرة وارتباطها بالكوارث والأحداث الصدمية وتأثير تلك الخبرات الصدمية على أفرادها وعلى أسلوب حياتها ومدى فاعليتها، وعلى أساليب وطرق مساعدة أعضاء الأسرة على مواجهة الضغوط التالية للصدمة . ومن أمثلة هذه البرامج، ما تطور من برامج عند نهاية الحرب العالمية الثانية لمساعدة الأسر على التمكن من أفضل أساليب التعامل مع أعضاء الأسرة العائدين من الحرب أو من الأسر، وإعادة تكاملهم داخل الأسرة. ومن النماذج التي استخدمت بفاعلية بعد الحرب العالمية الثانية الكتيب الإرشادي الذي صدر عن (اللجنة الوطنية للصحة النفسية) National Committee for Mental Hygiene بنيويورك، ويحمل عنوانا له مغزاه،

وهو : (حينما يعود وإذا عاد عصبيا) "When He Comes Back and If He Comes Back Nervous" ، وهو دليل يوجه أعضاء الأسرة إلى(1) :

1 - أن تحبه وترحب به.

2 - أن تصغي إليه جيدا .

3 - أن تواجه حقيقة العجز - لا تتجاهل هذا العجز .

4 - أن تعامله بالضرورة على أنه شخص عادي، وكفء ، وليس على أنه شخص عاجز.

5 - أن تمتدح جهوده ونجاحاته ، وأن تتجاهل زلاته .

6 - أن تتوقع أن يكون شخصا مختلفا بشكل أو بآخر.

7 - أن تسمح له بالوقت والحرية كي يتعرف الأماكن القديمة ويعيد بناء اتصالاته القديمة.

8 - أن تخلق مناخا من التوقع : أن تشجعه على أن يواصل هواياته أو رياضته المفضلة ، وأن يعود إلى عمله حالما يكون قادرا ، وأن توفر له حياة اجتماعية عادية، ولكن تجنب أن تدفعه أو تنظمه (مثل الخدمة العسكرية).

9 - أن تحصل على مساعدة مهنية من خلال مراكز متخصصة إذا دعت الحاجة إلى ذلك. لا تتركه في حيرة ولا تدع الأمور تتعقد.

. 1- أن تجعل من ثقتك فيه وتقديرك له ، ومن جمال روحك، رصيدك الأساسي في التعامل معه.

ويتضمن هذا الكتيب أو الدليل الإرشادي توجيهات بشأن تعرف ردود فعل الضغوط المتعلقة بالحرب والأَسْر، كما يتضمن دليلا بالخدمات المتوفرة في المجتمع ومصادرها الأخرى مما يمكن الاستعانة به في مساعدة أعضاء الأسرة العائدين من الحرب أو الأَسْر.

وتتضمن هذه البرامج بالضرورة دورات تدريبية منظمة لكل الاختصاصيين المهنيين العاملين في مجالات الصحة النفسية عن دور الأسرة في الكوارث والأحداث الصدمية وحاجاتها الإرشادية والعلاجية والتأهيلية، والأساليب والطرق المناسبة للتعامل مع الضغوط التالية للصدمة Family stress management ، سواء بالنسبة للأسرة أو للعضو الضحية في الأسرة (1) .

وتعتمد استراتيجية علاج الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة على توجه علاجي يعرف بـ (العلاج المشترك) Conjoint therapy ، الذي يقوم على التعامل مع الأسرة كوحدة كلية يتأكد فيها تكامل الخبرات الصدمية واستيقاظها (وما ينطوي عليه ذلك من تأثير على كل من الشخص الضحية وأسرته) داخل الأسرة . وتتحقق هذه الاستراتيجية على أساس تحديد الجوانب التالية (2) :

(1) كيف تؤثر الخبرات الصدمية والمشكلات الأسرية الكامنة فيها في عضو من أعضاء الأسرة ؟

(2) كيف يؤثر سلوك أعضاء الأسرة في تدعيم الصعوبات أو في تفاقمها ؟

(3) هل يدرك أعضاء الأسرة العواقب المباشرة أو العواقب بعيدة المدى للحدث الصدمي ؟

(4) ما أفضل السبل لمواجهة هذه العواقب - من خلال استراتيجيات جديدة ، أو مهارات جديدة، أو هذه جميعها ؟

وهنا ينبغي أن يوضع في الاعتبار ، أن الكثير من المشكلات المتعلقة بالخبرة الصدمية غالبا ما تتلاشى ليحل محلها عوامل ضاغطة أخرى تتطور فيما بعد (مثل، العنف الأسري، والإدمان) باعتبارها أساليب لاتكيفية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتلك ظاهرة إبدال الأعراض التي تتضاعف معها مشكلات الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الأمر الذي يتطلب بالضرورة استمرار وجود سياسة وطنية بعيدة المدى لمواجهة احتمال إزمان اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الأسرة أو في تناقلها عبر الأجيال.

أهداف العلاج الأسري لاضطراب الضغوط التالية للصدمة :

على الرغم من أن معظم الاستراتيچيات العلاجية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ركزت على الفرد ، فإنه بات من الواضح أن الشخص الذي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة يؤثر في أسرته كما يتأثر بها على حد سواء· ولهذا فإن التفاعل بينه وبين بيئته الأسرية، إضافة إلى ما يعانيه داخليا، يمثل بؤرة الاهتمام في العلاج الأسري، وبالتالي تعتبر الأسرة هي الوحدة الأولية للعلاج.

ويأخذ العلاج الأسري بمنحى النظم أو منحى العلاقات المتبادلة داخل منظومة الأسرة· ولهذا يؤكد (فيجلي) أن الأسرة والاختصاصي في العلاج الأسري يحتلان موقعا فريدا في استراتيچية مساعدة الأشخاص الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأن العلاج الأسري قادر على مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أعضاء الأسرة الذين يخبرون هذا الاضطراب (1)· بل إن العلاج الأسري قد يكون الأسلوب الأمثل أو الأكثر فاعلية بالنسبة للأطفال في الأسر التي يعاني فيها أحد الوالدين أو كلاهما اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث يتأثر الأطفال غالبا بالأحداث التي ألمت بالأسرة وبالمناخ السائد فيها (2) · وتتبدى أهمية العلاج الأسري وفاعليته أيضا في علاج (زملة الاستجابة المُرْجأة أو المتأخرة للضغوط) Delayed stress response syndrome (3) ، وفي علاج (الآثار بعيدة المدى) Long – term effects لاضطراب الضغوط التالية للصدمة والوقاية من تناقل تلك الآثار عبر الأجيال Intergenerational transmission ، وهكذا من تداعيات هذا الاضطراب (4) .

ولهذا يحدد (فيجلي) أربعة أهداف رئيسة للعلاج الأسري التالي للصدمة Postraumatic family therapy ، فيما يلي (5) :

* يتمثل الهدف الأول في بناء الوئام والثقة ، وفي توضيح دور المعالج، وكذلك أدوار الأسرة ومشاركة أعضائها في الإجراءات العلاجية. وفي هذا يؤكد (فيجلي) ما يلي (1) :

أ – إن العلاج الفعلي لدى معظم الحالات يكون من قبيل العلاج المختصر نسبيا ·

ب – إن دور المعالج يوجه أساسا إلى تيسير الاستشفاء والاعتماد على الذات·

حـ – إن مهمة الأسرة توجه إلى تنمية مهاراتها على مواجهة الظروف غير العادية·

د – إن نجاح الأسرة لن يحسن فقط من الظروف الحالية ، ولكنه يمكنها أيضا من مواجهة المحن والصعوبات في المستقبل بنجاح أكبر·

هـ – إنهم يستطيعون – كأسرة وأفراد – تقديم العون والسند للآخرين في سعيهم إلى مواجهة ظروف مماثلة·

* يتوجه الهدف الثاني إلى تطوير قواعد ومهارات جديدة للتواصل الأسري· وفي ذلك يسعى المعالج إلى خلق إطار مرجعي للعمل مع هذه الأسر، قوامه أن الغرض من العلاج (تيسير المواجهة الفعالة لأحداث غير عادية، وهي تلك الأحداث التي لا تملك الأسرة حيالها إلا خبرة ضئيلة للغاية، أو تمثل أحداثا غير مألوفة لها على الإطلاق ··· ومواجهة ظروف غير عادية، تتطلب بدورها أساليب فوق العادة (قواعد ومهارات التواصل)) (2)· وفي هذا يضع المعالج في اعتباره درجة مرونة الأسرة في الاستجابة للإجراءات العلاجية·

* يتمثل الهدف الثالث في الكشف أو الافصاح عن الذات Self – disclosure ، وذلك عن طريق الإعادة المختصرة للأحداث الصدمية، عملا على تحقيق المبدأ الأساسي في كل نواحي العلاج وهو إيقاف السلوك الإحجامي في كل جوانب حياة الأسرة· وبناء على ذلك ، توجه بعض الإجراءات العلاجية إلى تشجيع كل عضو من أعضاء الأسرة على وصف ردود فعله الفردية إزاء الحدث الصدمي وتأثيرات الصدمة على أعضاء الأسرة الآخرين · وفي سياق هذه العملية تتاح لأفراد الأسرة الفرصة لكي يخبروا شعورا أكبر وأعمق بالتواد والتعاطف مع الأعضاء الآخرين في الأسرة، حيث يدركون أنهم غالبا ما يتوحدون جميعا في خبرات

متماثلة أو متوازية من الألم والمعاناة، ولكنهم يفضون بمشاعرهم كلها وحدهم. ويكتشف أعضاء الأسرة بالتدريج أن جزءا من الاستشفاء يتأتى ليس من التخلص من الألم، ولكن بالأحرى من المشاركة في الألم مع شخص محبوب أو أشخاص محبوبين . ومن خلال المشاركة والتفاعل، يمكن أن تتولد وجهات نظر متباينة وحلول ممكنة.

* أما الهدف الرابع ، فهو بناء (نظرية لإشفاء الأسرة) Family Healing theory ، أي مساعدة الأسرة على تكوين تصور لحقائق جديدة عن أسباب الحدث الصدمي، وعما حدث ، ولماذا تصرف كل فرد على النحو الذي تصرف به سواء أثناء الحدث الصدمي أو بعده ، وأخيرا تكوين صورة متفائلة عن الأسلوب الذي سوف تتعامل به الأسرة مع مواقف مماثلة.

مشكلات الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة :

تتسم الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة بمعالم مشتركة وبنماذج متكررة من المشكلات ، ينبغي أن تكون موضوعا للقياس والتقويم. ويمكن تحديد هذه المشكلات في عدة فئات تتعلق بالأشخاص الضحايا ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والزوجات في تلك الأسر ، والزوجين، والمنظومة الأسرية الكلية. وذلك ما نعرضه فيما يلي (1) :

تتضمن مشكلات الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الأسرة ما يلي :

* قد ينظر إليهم على أنهم مرضى بالفعل ويوسمون بهذه الصفة والتوقعات المرضية.
* الإدمان وسوء استخدام العقاقير والمخدرات.
* انفجارات العنف والغضب.
* انغلاق الهوية Identity foreclosure.
* ضعف مفهوم الذات الذي يعزى إلى العجز عن التحكم في الاندفاعات، وإلى الفشل في أداء الأدوار المطلوبة من الفرد باعتباره زوجا أو أبا .
* نقص القدرة على إدراك المرض والفقدان وتقبلهما .
* العزلة الانفعالية أو الاغتراب عن الزوجة والأولاد.

أما المشكلات التي تواجهها زوجات الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فتتضمن :

* الامتهان أو سوء المعاملة (الانفعالية، واللفظية، والجسمية).
* إنكار حاجاتهن الانفعالية بسبب التمركز على الاستجابية للأزمة.
* الشعور بالذنب بشكل مستمر إزاء اعتقادهن بأن ما تتعرض له الأسرة من مشكلات إنما يعزى إلى أخطاء من جانبهن.
* الشعور الغامر بنقص السند المالي والانفعالي للأسرة.
* الشعور بالاكتئاب ونقص تقدير الذات .
* الشعور بالإحباط إزاء قدرتهن على المساعدة.

وتتضمن المشكلات التي تتطور بين الزوجين في الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ما يلي :

* نوبات من العنف الذي ينفجر لديهما .
* مشكلات تتعلق بضعف الرابطة العاطفية بينهما .
* انعدام الثقة وبخاصة من طرف الزوج العائد من الحرب أو الأسر.

* نقص المشاركة بينهما ٠
* نقص الاهتمام الجنسي وبخاصة من جانب الزوج ٠

ويلاحظ أن الأطفال في الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة تتطور لديهم طائفة واسعة من الأعراض ، مما سبق أن تناولناه في موضع آخر في هذا المجلد٠

أما المشكلات التي تتطور داخل المنظومة الأسرية الكلية، فتشتمل على ما يلي :

* أنماط جامدة من التفاعل الأسري٠
* قواعد لا يسمح بالكلام فيها (مثل، عدم مناقشة ما جرى من أحداث صدمية)٠
* دور الأسرة في تفاقم مشكلات الشخص الذي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة (مثل، التعزيز الجامد للإنكار – الخدر) ٠
* رد فعل المنظومة الأسرية لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة٠
* العزلة عن الأسرة الممتدة والأصدقاء والجماعات الاجتماعية، الخ ٠
* ردود الفعل الزائدة للأحداث اليومية ٠
* مناخ أسري تشيع فيه معالم الاكتئاب والهم وانعدام الثقة والخوف من العالم الخارجي ٠
* التفكك الأسري وارتفاع معدلات الطلاق ٠
* الرغبة النشيطة والقوية لدى بعض الأسر في تحقيق مستويات عالية من التعلم أو المكانة الاجتماعية أو المركز السياسي أو الشهرة أو المال ، الخ ٠

الحاجات الإرشادية أو العلاجية :

ووفقا لما تكشف من نتائج الدراسات والبحوث والخبرة الكلينيكية من أنماط المشكلات التي تعن للأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة وما يتوقع من تفاقم تلك المشكلات، تبرز الحاجات الإرشادية أو العلاجية التالية في المحل الأول لدى الأسرة كأفراد وكمنظومة ، وذلك فيما يلي (1) :

* تهيئة بيئة أسرية آمنة ومساندة ، يمكن فيها أن يتشارك أعضاء الأسرة في المشاعر والأفكار المرتبطة بالخبرة الصدمية وأن يناقشوها ٠
* إعادة تركيب الأسرة على نحو يتمايز فيه أعضاء الأسرة وفقا لأعمارهم وما يناسب المستويات العمرية المختلفة من مطالب واحتياجات ٠
* تعميم تعلم مهارات الحياة اللازمة لمواجهة الظروف الضاغطة، لينتقل أثر التعلم إلى الجوانب المختلفة من فاعليات الأسرة، وليشمل كل أعضاء الأسرة
* حماية الأشخاص الضحايا مما قد يوسمون به من أنهم مرضى واستبعاد تلك الصورة السالبة من التوقعات وما تنطوي عليه من أسلوب غير مناسب للتعامل معهم٠
* توفير الاستراتيجيات المناسبة والبدائل المختلفة منها لمواجهة الغضب والعنف في الأسرة٠
* توجيه التفاعل والمناقشة بين أعضاء الأسرة نحو تحقيق تكامل الخبرات الصدمية داخل منظومة الأسرة
* تعلم أعضاء الأسرة ماهية اضطراب الضغوط التالية للصدمة وخصائصه، توجها نحو الاستبصار بحقيقة هذا الاضطراب وكف الصورة المرضية الواسمة للفرد والأسرة ضحايا هذا الاضطراب وما تتضمنه من معتقدات خاطئة وتوقعات مثبطة٠
* تعزيز المساندة المتبادلة بين الزوجين٠

* التدريب على المهارات اللازمة للتعامل مع الضغوط في الأسرة Family stress management ، مثل :

- التدريب التوكيديAssertive training
- تمرينات التواصلCommunication exercises
- حل الصراعاتConflict – resolution
- مهارات الوالديةParenting skills
- مواجهة الضغوط Coping with stress

* توضيح القيم.

استراتيجية العلاج الأسري

لقد تبين من نتائج بحوث عدة أن تعزيز التماسك الأسري، والمساندة بين أعضاء الأسرة، والعلاقات السليمة بين الوالدين والأبناء، تمثل عوامل مهمة في الحفاظ على الصحة النفسية للأسرة، كما تبين أنه يمكن للزوجات أداء دور فعال في مساندة الأزواج، وفي تقوية العلاقة الزوجية التأييدية باعتبارها حاجزا مهما ضد الضغوط ولوقاية البيئة الأسرية من عوامل الهدر أو التفكك (1) . ويأخذ العلاج الأسري نموذجا يتضمن مراحل عدة لاستراتيچية مرحلية يمر بها العلاج ، تتضمن وفقا لما يحدده (چوريش) المراحل التالية (2) :

1 – طور ما قبل العلاج Pre–treatment .

2 – طور التلقي ، والقياس والتقويم Intake / assessment.

3 – طور التهوية وتفريغ شحنة الخبرة الصدميةVentilation .

4 – طور العبور وإقامة الجسورBridging .

5 – طور التعلم Education .

6 – طور نقل العلاج إلى المنزلTaking therapy home .

أما (فيجلي) فيحدد أطوارا خمسة للعلاج، تشمل(3) :

1 – بناء الالتزام بالغرض من العلاج Committment .

2 – صياغة المشكلة Framing the problem .

3 – إعادة صياغة المشكلة Reframing the problem .

4 – تطوير نظرية للإشفاء Developing healing theory .

5 – الإيقاف أو الإنهاء والاستعداد Closure & preparedness.

ويلاحظ من هذين النموذجين أنهما يستخدمان مسميات مختلفة لنفس هذه الجوانب من استراتيچية العلاج الأسري. واعتبارا لذلك ، نتناول استراتيچية العلاج الأسري وفقا للأطوار التالية (1) :

التقويم والتقدير وبناء الوئام Assessment / Building rapport :

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري ابتداء بقضية ذات مغزى كلينيكي ، تتعلق بما إذا كانت الأسرة تحدد المشكلة على أنها اضطراب متعلق بالصدمة. ففي الحالة التي تسم بها الأسرة مشكلتها بأنها متعلقة بالصدمة، فإن الاختصاصي الكلينيكي يستطيع عندئذ أن يقوم بعمليات وإجراءات التقويم والتقدير. وإلى جانب ذلك، ثمة جوانب أخرى عدة تستحق التقويم تتعلق بالإجابة عن التساؤلات التالية : هل تحدد الحدث الصدمي بوضوح؟ هل الأسرة تلقي باللوم على أحد أفرادها أم أنهم يرون المشكلة على أنها مشكلة

الأسرة ؟ ومن القضايا الأخرى ما يتعلق بوجود عنف في الأسرة، أو سوء استخدام العقاقير والمخدرات، وكذلك المرونة في أداء الدور الأسري، ومقدار التعاطف الوجداني بين أعضاء الأسرة

والواقع إن محاولات الأسرة لحل مشكلتها كثيرا ما تؤدي إلى التعجيل بها بالفعل، حيث ينزع بعض الأسر إلى تعزيز الميل إلى الإنكار والخدر لدى ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتلجأ في ذلك إلى كبت التعبير عن المشاعر والأفكار المتعلقة بالخبرة الصدمية. وفي ذلك قد تكون الأسرة في موقف خطر إذا كانت تعزز من نزعة الفرد إلى الغضب الذي يتصاعد إلى حد العنف.

ويلاحظ أن الأسر – في الغالب – لا تعزو مشكلتها إلى أنها متعلقة بالصدمة، فقد تعبر الأسرة عما تواجهه من مشكلة في شكل شكوى مبدئية من تمرد الأبناء المراهقين في الأسرة. وكثيرا ما يؤدي العنف الأسري إلى لجوء الأسرة إلى طلب العلاج. وفي كل مظاهر الشكوى المبدئية لا تذكر الصدمة المتعلقة بالحرب غالبا، بل قد تقاوم الأسرة ذلك إذا طرح هذا الموضوع بشكل مباشر. وإزاء ذلك يحاول الاختصاصي أن يتعرف نوع ودرجة الأحداث الصدمية التي تعرض لها أحد أو بعض أعضاء الأسرة أو الأسرة كلها. ولكن إذا كانت الأسرة تبدي اتجاها دفاعيا بشكل صريح، فإنه ينبغي الحيطة من عدم القفز إلى مشكلة الصدمة بشكل مباشر .

ولهذا تتحدد أهداف العلاج في هذه المرحلة الأولية فيما يلي:

1 – الكشف عن المحنة بواسطة أعضاء الأسرة

2 – تحديد أهداف نوعية للعلاج.

3 – أن يوصل المعالج درجة عالية من الثقة إلى أعضاء الأسرة.

4 – أن يعكس المعالج إحساسا بالتفاؤل إزاء توقعات بنتائج إيجابية للعلاج.

التهوية أو التفريغ وصياغة المشكلة :Ventilation and framing the problem :

يتضمن الطور الثاني تحقيق عملية الكشف أو الإفصاح عن الذات Self – disclosure بين أعضاء الأسرة، حيث توجه الإجراءات العلاجية إلى مناقشتهم للحدث الصدمي. وفي هذه العملية لا يجد (وَهْمُ الأسرة) بأنهم غير قادرين على الكلام عن الصدمة ما يؤيده ، وينتقل الاهتمام من التمركز على الشخص الضحية بعيدا نحو المنظومة الكلية للأسرة.

يطلق (چوريش) على هذا العملية مصطلح (التهوية) Ventilation ، في حين يطلق علىها (فيجلي) مصطلح (هيكلة أو صياغة المشكلة) Framing the problem. وتتضمن الاستراتيجيات العلاجية في هذا الطور ما يلي :

1 – السماح لأعضاء الأسرة بالتعبير عن وجهات نظرهم الخاصة وردود فعلهم إزاء الحدث الصدمي الذي خبروه .

2 – تأكيد الاعتراف والتقبل لكل ما تحمله الخبرة الشخصية لكل عضو من أعضاء الأسرة من معان.

3 – توجيه أعضاء الأسرة إلى تحديد قائمة بالنتائج المرغوبة وغير المرغوبة للصدمة.

4 – تعرف محاولات الأسرة لحل مشكلتها، وإلى أي حد آلت مساعيها إلى تفاقمها.

إعادة هيكلة أو صياغة المشكلة Reframing the problem :

يعتبر هذا الطور أكثر الأطوار أهمية في عملية العلاج. ويتضمن الهدف هنا ما يسميه (چوريش) بمصطلح (العبور وإقامة الجسور) Bridging لتجاوز الفروق بين أعضاء الأسرة داخل منظومة الأسرة فيما يتعلق بنوعية الخبرة الصدمية التي تعرض لها كل عضو من أعضاء الأسرة وتقديره المعرفي لها، فكل منهم سوف تكون له فرضياته الخاصة ونظريته الشخصية Personal theory عن دوافعه ودوافع الآخرين. ويتحقق في هذا الطور، أن هذه النظريات الشحصية التي كونها كل عضو من أعضاء الأسرة عما حدث ولماذا حدث، سوف يتشارك فيها كل أعضاء الأسرة. وهنا ينبغي أن يتوجه المعالج إلى مساعدة أعضاء الأسرة على إعادة

هيكلة الخبرات المختلفة لديهم وإلى بناء نظرية للاستشفاء تتسق مع هذا المنظور الجديد· وفي ذلك يحدد (چوريش) عددا من الأساليب لتحقيق هذه الأهداف ، منها :

1 – تسوية السلوك، أي إعادة النظر فيه واعتباره سلوكا طبيعيا·

2 – إعادة تسمية السلوك ·

3 – إضفاء معان إيجابية على السلوك·

4 – إعادة تحديد أنماط السلوك في الأسرة·

5 – تيسير تعرف نواحي المماثلة بين أعضاء الأسرة

6 – تيسير اكتشاف (معنى جديد) داخل الأسرة

تطوير نظرية للاستشفاء Developing healing theory :

يؤكد (فيجلي) أنه ، خلافا للنظرية الفردية للاستشفاء، ينبغي إقرار نظرية للاستشفاء لدى الأسرة يتبناها كل أعضاء الأسرة، أي الالتزام بأسلوب جديد لتحسين نوعية الحياة في الأسرة·

دور المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري :

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري عديدا من المهام والمشكلات المتعلقة بالتعامل مع منظومة الأسرة ككل وما تتضمنه من تفاعلات بين أعضائها وكذلك ما يعانيه الفرد الضحية من تأثير الخبرة الصدمية، لذا يراعي المعالج في أدائه لدوره المهني كلا من العمومية والفردية في علاج الأسرة· وفي ذلك يتضمن دور المعالج ما يلي(1) :

1 – نمذجة السلوك المناسب·

2 – تيسير التدريب على أداء أعضاء الأسرة لأدوارهم·

3 – تقرير ما إذا كان من الضروري تضمين الأطفال في عملية العلاج أو استبعادهم منها ومتى يكون ذلك ·

4 – تقرير متى يكون من المناسب استخدام أسلوب الجلسات الفردية أو الجماعية·

ويوصى في بعض الحالات باستخدام طريقة (العلاج المتعاون) Cotherapy ، حيث يمارس العلاج أو يساعد فيه شخص كان مصابا باضطراب الضغوط التالية للصدمة وتعافى منه (مثل الأشخاص الناجين من الكوارث أو الحروب أو الأسر، أو ضحايا الاغتصاب، الخ)، وخاصة في الحالات التي يشعر فيها الفرد الضحية أو أسرته بأن المعالج لا يفهم حقيقة الخبرة الصدمية التي يعانونها (1) ·

وفي كل هذه الأدوار، ينبغي أن يضع الاختصاصي في العلاج الأسري في اعتباره المهام التكيفية الأساسية Adaptive tasks اللازمة لتعامل الأسرة كأفراد وكمنظومة مع أحداث الحياة وتحولاتها ، وتشمل هذه المهام ما يلي(2) :

1 – إدراك معنى الموقف وفهم المغزى الشخصي للحدث لدى الفرد والأسرة· ويتضمن ذلك أيضا تقدير الخسارة الشخصية ، وتقييم ما انطبع في أذهانهم عن خبرتهم الصدمية، وإعادة تقييمها في إطار معنى مقبول ·

2 – مواجهة الواقع والاستجابة لمتطلبات الموقف الخارجي والظروف المتغيرة ·

3 – تعزيز العلاقات بين أعضاء الأسرة بعضهم بعضا ، ومع الأصدقاء، وكذلك مع الآخرين المعنيين ممن يفيدون في تقديم العون للأسرة·

4 – الاحتفاظ بتوازن انفعالي معقول عن طريق التدريب على التحكم في المشاعر الباعثة على الاضطراب التي يستثيرها الموقف أو الإشارات أو الهاديات المقترنة به ·

5 – الاحتفاظ بصورة الذات في إطار موجب، وتنمية الإحساس بالكفاءة والثقة . وقد يتطلب ذلك توجها من المعالج نحو تمكين الفرد من مواجهة (أزمة الهوية) Identity crisis التي قد تتعرض للاضطراب ولتغير في القيم الشخصية وأسلوب الحياة

تنمية مهارات التعامل مع الضغوط "مهارات المواجهة"

يؤكد الخبراء أن المهام التوافقية تتحقق من خلال تدريب الأفراد والأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة على التمكن من مهارات التعامل مع الضغوط أو (مهارات المواجهة) Coping skills، أي التعامل بإيجابية مع الضغوط التالية للصدمة. ويلاحظ هنا أن هذه المهارات لا تكون ذات فاعلية بشكل مطلق في كل المواقف ، فبعضها قد يكون فعالا في موقف وغير فعال في موقف آخر. وقد تكون هناك مهارات مفيدة، ولكنها تكون ضارة أو غير مجدية إذا اقتصر الاعتماد عليها وحدها بشكل جامد .

وعلى ذلك يركز مفهوم (المهارة) على الجوانب الإيجابية في المواجهة، ويبرز المواجهة على أنها قدرة يمكن تعلمها وتعلمها، كما يمكن استخدامها بمرونة وفقا لمتطلبات الموقف .

وتتحدد مهارات المواجهة في ثلاثة مجالات أساسية، ويتضمن كل مجال منها أنماطا من استجابات المواجهة Coping responses التي يجري فيها توظيف تلك المهارة، وذلك فيما يلي(1) :

(أ) المواجهة التي تركز على التقدير Appraisal - focused coping:

تتضمن هذه الفئة من المهارات مساعدة الفرد على فهم الموقف أو الحدث الصدمي، واستبصار الخبرة الصدمية في نسق من المعنى . وتعتبر عملية تقويم الموقف أو الحدث وإعادة التقويم شكلا من أشكال المواجهة الفعالة بقدر ما يعمل التقويم وإعادة التقويم على تعديل المعنى، أي معنى كل ما حدث، وعلى الاستبصار بالواقع والمتوقع . وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات المواجهة التالية :

1 - التحليل المنطقي والتهيؤ العقلي Logical analysis/ Mental preparation : ويدور هذا النمط من الاستجابات على تركيز الانتباه على جانب واحد من الخبرة الصدمية في وقت واحد ، وتجزئة المشكلة الكلية التي تبدو للفرد كمشكلة جسيمة، إلى وحدات أو عناصر صغيرة يمكن التحكم فيها، والاستفادة من الخبرات السابقة، كأن يكون هناك في تاريخ الفرد مواقف نجاح يتذكرها لمواجهة مشكلات صعبة، وتكوين خطط معرفية Schemata لأفعال بديلة ولنتائجها المحتملة. وبهذا التوجه يستطيع الفرد أن يُكَوِّن لنفسه معنى معينا من مجريات الأحداث أو أن يجد فيها مغزى أو غرضا عاما، كأن يرى في كل ما حدث إرادة الله سبحانه وتعالى ورحمته. وعلى ذلك، فإن وضع الخبرة الصدمية والضغوط التالية للصدمة في نسق منظور بعيد المدى (يرتكز غالبا على توجه ديني)، إنما ينطوي على تقوية للفرد بقدر ما يجعل هذه الخبرات أكثر تحملا وتقبلا .

2 - إعادة التحديد المعرفي Cognitive redefinition : يشتمل هذا النمط من استجابات المواجهة على الاستراتيجيات المعرفية التي تساعد الفرد على تقبل الحقيقة الأساسية للأحداث الضاغطة والضغوط التالية للصدمة، ولكنه يعيد بناء تلك الحقيقة لكي يجد فيها شيئا مقبولا أو معقولا. وتتضمن هذه الاستراتيجيات ما يلي :

* تذكير الفرد بأنه كان من الممكن أن تكون الأمور أسوأ مما وصلت إليه.

* نظـرة الفرد إلى نفسه مقارنة بالأشخاص الآخرين.

* تغيير القيم والأولويات كي تتفق مع تغير الواقع.

* التركيز علـى شيء جيد أو جانب إيجابي مما يمكن استخلاصه أو الاستبصار به من ثنايا الحدث وتداعياته.

، يمكن بهاSelective evaluationويركز بعض الباحثين على استراتيجية تعرف بـ (التقويم الانتقائي) إزكاء الذات وإزكاء الموقف في عملية مواجهة الضغوط الصدمية ، و تتضمن ما يلي (1) :

* توجيه الفرد أو الأسرة أو الجماعة الاجتماعية بصفة عامة إلى أن يقارنوا أنفسهم بآخرين ممن كانوا أقل حظا منهم.

* التركيز على الخصائص الشخصية ومصادر الشخصية التي يمكنهم استثمارها في تحسين صورة الذات ليكونوا في موقف أفضل.

* تخيل مواقف أو أحداث افتراضية تكون أسوأ مما خبروه من مواقف.

* تحديد محكات معيارية للتوافق يظهر على أساسها أن ما يبدونه من توافق إزاء هذه المواقف أو الأحداث، هو آليات استثنائية أو غير عادية.

* استخلاص فوائد أو جوانب إيجابية من بين ثنايا ما تعرضوا له من خبرة صدمية .

ولاشك في أن هذه الأنماط من الإدراكات الانتقائية تفيد كثيرا في تقليل أو تخفيض الجوانب الضارة للأحداث الضاغطة ، والمساعدة على تنمية آليات التوافق.

: وتتضمن أنماطا من الاستجابات التي3Cognitive avoidance/denial- الإحجام أو الإنكار المعرفي تهدف إلى إنكار الحدث أو تقليل حدته. وتلك استراتيجية مرحلية تساعد الفرد على تقبل الحدث ، حيث يمكنهم عندئذ من أن يتعاملوا معه على أساس مغزاه بعيد المدى، كأن يعتقد الأشخاص الناجون من الأحداث الصدمية أن حياتهم سوف تعود إلى طبيعتها على وجه السرعة وأنهم سوف يستعيدون فاعلياتهم. وثمة مثال آخر، هو القمع الشعوري للخبرة الصدمية، مثلما تحاول امرأة تعرضت لاغتصاب أو لسوء معاملة أو سوء استخدام استبعاد هذه الخبرات من الذاكرة. ويمكن وصف هذه المهارات على أنها (آليات دفاعية) للتوافق، لأنها تمثل استجابات لحماية الذات إزاء الضغوط. وهذه الآليات، بالرغم من أنها لا توفر قيمة بنائية للعلاج، قد تحمي الفرد من أن تستحوذ عليه الخبرة الصدمية، أو أنها توفر له الوقت اللازم لتعبئة مصادر المواجهة الشخصية الأخرى لديه .

: Problem - focused coping(ب) المواجهة التي تركز على المشكلة

تشتمل هذه الفئة من المهارات على اتخاذ مواقف عملية وإجراءات فعلية لمواجهة الواقع وعواقبه. ويتم ذلك من خلال التعامل مع النتائج والآثار الملموسة للخبرة الصدمية وللضغوط التالية للصدمة، واتخاذ موقف أكثر قبولا وفاعلية. وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات المواجهة التالية :

: يتوجه هذا النمط من1Seeking information and support - البحث عن المعلومات والمساندة استجابات المواجهة إلى السعي إلى الحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط وعواقبه، وإلى البحث عن أساليب بديلة للعمل واستبصار نتائجها المحتملة. فعلى سبيل المثال، قد يبحث الفرد عن معلومات تتعلق

بمسئولياته إزاء ما حدث، وعن القواعد والإجراءات التي ينبغي اتخاذها والعمل بها. وقد يعمد بعض الأفراد إلى أسلوب عقلي يتمثل في التحليل المنطقي لمجريات الأحداث كي يستعيدوا إحساسهم بالضبط عن طريق تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها ويهيئوا أنفسهم ذهنيا للتغلب على المشكلات المتوقعة عن طريق التفكير خلال المراحل التي تمر بها الخبرة الصدمية وعواقبها من الضغوط التالية للصدمة.

ويرتبط بمهارات البحث عن المعلومات والحصول عليها، فئة أخرى من مهارات المواجهة التي تتعلق بالقدرة على البحث عن السند أو الدعم وإعادة التوكيد أو الطمأنة من جانب الأسرة والأقارب والأصدقاء وغيرهم من مصادر المساندة والتكافل في المجتمع. ولاشك في أن الحصول على السند والدعم والشعور بالطمأنينة تعتبر مصدرا فعالا لتقوية الفرد على مواجهة الضغوط. ولكن ينبغي التعامل مع التوتر لا بإزالته ولكن على أساس من التوازن بين السعي إلى الاسترخاء والاحتفاظ بالاعتماد على الذات. ويتضح ذلك من الحقيقة بأن الأفراد الذين تظل مشاعرهم في حالة من (الغليان) ، أو الذين يحرمون أنفسهم من التفاعل الاجتماعي، إنما يحرمون أنفسهم من تلقي العون والسند من الآخرين.

ومما يوصى به في هذا الشأن، أن الأفراد ذوي الخبرات الصدمية المتماثلة، كما في حالة الاستشهاد أو الأَسْرِ أو الكوارث ، يمكنهم أن يتلقوا دعما وسندا فعالين من خلال الاشتراك في مجموعات خاصة تعرف بـ (جماعات العون الذاتي)Self - help groups، حيث يمكن أن يتبادلوا المشاعر والأفكار والمؤازرة بين بعضهم بعضا ، وتحت إشراف وتوجيه من الاختصاصيين والمسئولين. وذلك نمط من المساندة ربما لا يمكن الحصول عليه من أي مصدر آخر.

2 - اتخاذ إجراء عملي لحل المشكلة Taking problem - solving action: تتوجه هذه الفئة من استجابات المواجهة إلى اتخاذ فعل أو عمل محدد للتعامل مباشرة مع الضغوط الصدمية وعواقبها. فعلى سبيل المثال، قد يقوم أعضاء الأسرة ببناء خطط مبدئية على أساس يوم بيوم، والمشاركة في الأعمال المنزلية والأعباء الأسرية، ومواصلة العمل أو الدراسة، والمساعدة على توفير الخدمات المحلية ، وتقديم العون للآخرين من الأسر الأخرى . ومثل هذه الأعمال تخلق إحساسا بالكفاءة وتقدير الذات في ظروف باعثة على التهديد والشعور بالقلق. ولاشك في أن توجه الفرد إلى خارجه، كأن يسعى إلى مساعدة الآخرين من أعضاء أسرته أو الأسر الأخرى، قد يساعد بدوره على خفض ما يعانيه من ضغوط.

3 - السعي إلى الحصول على إثابات بديلة Pursing alternate rewards: ويبدو ذلك في محاولات الأفراد في سبيل البحث عن بدائل لما حدث من خسارة وضرر، وذلك عن طريق : تغيير أنشطتهم، وخلق مصادر جديدة للإشباع، وعمل خطط قريبة المدى للتعامل مع المشكلات والصعوبات، ووضع أهداف محدودة ومحددة.

ويتضح ذلك، على سبيل المثال، من استراتيجية أسر الأسرى وزوجاتهم في التعامل مع الضغوط التالية للصدمة. فهؤلاء الزوجات لا يستطعن التعامل بشكل مباشر مع تلك الضغوط القائمة والمستمرة، لذا غالبا ما تتوجه معظم استراتيجيات المواجهة عندهن (مثل، السعي إلى الاحتفاظ بوحدة الأسرة وتكاملها ودعم رسالتها، والعمل على الاعتماد على الذات، كالسعي إلى الحصول على عمل أو إلى المشاركة في الخدمة العامة) إلى أن تكون استراتيجيات متمركزة على المشكلات ومواجهتها، من حيث إنها تقوم على تغيير الذات أو تغيير البيئة أو كليهما على نحو يساعد على تلبية متطلبات الظروف الضاغطة وعلى التكيف مع الضغوط التالية للصدمة.

وقد تشمل هذه الاستراتيجيات : مساعدة أشخاص آخرين على التغلب على أزمة مماثلة ، أو المشاركة في إلقاء محاضرات في مراكز أو أندية عامة، أو خطب في مساجد ، أو كتابة مقالات أو كتب ، أو اتخاذ موقف من المشاركة في عمل ذات طابع سياسي أو قانوني أو اجتماعي لتغيير اتجاهات الآخرين.

(حـ) المواجهة التي تركز على الانفعالات Emotions - focused coping:

تركز هذه الفئة من مهارات المواجهة على ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الخبرة الصدمية ومنبهاتها الإشراطية، وتستدعيها بشكل غامر آليات الإقحام بما تتضمنه من ذكريات وأفكار وصور عن الحدث الصدمي، كما تركز هذه المهارات على الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني. وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات المواجهة التالية :

: تركز مهارات التنظيم الوجداني على الجهود التي يبذلها1Affective regulation - التنظيم الوجداني الفرد للاحتفاظ بالأمل ولضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة أو مع ذكريات أو أفكار تستدعيها المنبهات المقترنة بالحدث الضاغط أو تثيرها الهاديات التي ترمز إليه بشكل أو بآخر. ويتأكد في هذا الجانب التدريب على تحمل الغموض والتناقض، وعلى حفز الفرد إلى القيام بعمل مباشر، وتقويته للتمكن من التحكم في مشاعره، ومن الاحتفاظ بشعوره بالاعتزاز وبتقدير الذات. ويفيد في هذا الشأن استخدام ، التي تقوم على حفز الأفراد إلىProgressive desensitizationاستراتيجية (خفض الحساسية المتوالي) تعريض أنفسهم بالتدريج إلى عوامل الضغوط ومنبهاتها، وبالتالي حساسيتهم إزاءها وتحصينهم ضدها .

: وتتضمن مهارات الاعتماد على أساليب وأنشطة تساعد2Emotional discharge - التفريغ الانفعالي على تصريف مشاعر الغضب واليأس. وتتمثل أساليب خفض التوتر في التدريب على الاسترخاء، وفي ممارسة الأنشطة الفنية كالرسم أو التمثيل ، أو الأنشطة الرياضية، أو سرد الوقائع وكتابة المذكرات، أو المناقشة الجماعية ، أو استخدام الدعابة والتهكم والمرح. وقد تتمثل في استخدام بعض الفنيات العلاجية مثل المقعد الخالي والمقعد الساخن. ويلاحظ أن بعض الأفراد قد يلجأون إلى أساليب غير تكيفية مثل تعاطي العقاقير والمخدرات أو التدخين، أو توجيه الانفعالات نحو الأشخاص الذين يساندونهم ويمدون لهم يد العون مثل الأقارب أو رجال الشرطة، حيث يعكس ذلك حالة من التذبذب بين الضبط الانفعالي والتفريغ الانفعالي.

: وتقوم هذه الاستجابات على تقبل الموقف كما3Resigned acceptance - التقبل الواقعي أو الإذعاني هو، والتسليم بأن ما حدث من مواقف وما تبعها من عواقب لا يمكن تغييره، وبأن ذلك يخضع إلى نوع من (القضاء والقدر). ولاشك في أن التوجه الديني يعزز هذا النمط من استجابات المواجهة . من ناحية أخرى، يمثل التقبل ركيزة أساسية للتفكير والتدبير في أساليب بديلة أو جديدة لمواجهة الضغوط التالية للصدمة .

والخلاصة، إن مهارات المواجهة يمكن أن تركز على المعنى ، أو الجوانب العملية ، أو الانفعالات التي علقت بالحدث وبمنبهاته .